

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΤΗΣ **UNESCO**

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ **ΗΘΙΚΗ**

*και τα δικαιώματα των ατόμων με νοητική αναπηρία
στα ιδρύματα και στην κοινότητα*

Prof. Michael L. Perlin
Prof. Harold J. Bursztajn
Kris Gledhill, Esq.
Prof. Eva Szeli

Επιμέλεια:

Lisa Cosgrove
Omar Sultan Haque
Robindra Paul
Beta Anna Zolovska

Μετάφραση: **Σοφία Γιαννούσιου**



vol. **3**

ΣΕΙΡΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΤΗΣ **UNESCO**

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΤΗΣ UNESCO

Επιστημονικός Υπεύθυνος Σειράς
ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Δ. ΠΡΩΤΟΠΑΠΑΔΑΚΗΣ

Διεύθυνση Έκδοσης
ΛΥΔΙΑ ΤΣΙΑΚΙΡΗ

Ηλεκτρονική Σελιδοποίηση και Σχεδιασμός Εξωφύλλου
ΑΧΙΛΛΕΑΣ ΚΛΕΙΣΟΥΡΑΣ

Prof. Michael L. Perlin, Prof. Harold J. Bursztajn, Kris Gledhill, Esq., Prof. Eva Szeli, *Ψυχιατρική Ηθική και τα Δικαιώματα των Ατόμων με Νοητική Αναπηρία στα Ιδρύματα και στην Κοινότητα.*

Μετάφραση: ΣΟΦΙΑ ΓΙΑΝΝΟΥΣΙΟΥ

© 2022 The NKUA Applied Philosophy Research Lab Press

Οι τίτλοι που περιλαμβάνονται στην σειρά Εγχειρίδια της Έδρας Βιοηθικής της UNESCO μεταφράζονται με έγγραφη άδεια του Κτήτορα της International Chair in Bioethics (ICB), Καθηγητή Amnon Carmi, προς το Ελληνικό Κλιμάκιο της Διεθνούς Έδρας Βιοηθικής, το οποίο έχει ιδρυθεί και λειτουργεί στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, και προς το Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας του Τμήματος Φιλοσοφίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι πρωτότυποι τίτλοι αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων και της International Chair in Bioethics (ICB), και διατίθενται ελεύθερα από τον ιστότοπό της. Οι μεταφράσεις αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία των μεταφραστών, του Ελληνικού Κλιμακίου της International Chair in Bioethics (ICB), και του Εργαστηρίου Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας του Τμήματος Φιλοσοφίας του ΕΚΠΑ, και η διάθεσή τους υπόκειται στις προβλέψεις που διέπουν την άδεια χρήσης Creative Commons (CC) BY.

e-ISSN 2732-9569

e-ISBN 978-618-83729-6-2

<https://doi.org/10.12681/aprlp.84>

Η μετάφραση και επιμέλεια του παρόντος βιβλίου χρηματοδοτήθηκε από την Περιφέρεια Αττικής στα πλαίσια του προγράμματος «Προαγωγή Ψυχικής Υγείας σε Ευπαθείς Πληθυσμούς»



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΗΘΙΚΗ

και τα δικαιώματα των ατόμων με νοητική αναπηρία
στα ιδρύματα και στην κοινότητα

Prof. Michael L. Perlin
Prof. Harold J. Bursztajn
Kris Gledhill, Esq.
Prof. Eva Szeli

Επιμέλεια:

Lisa Cosgrove
Omar Sultan Haque
Robindra Paul
Beta Anna Zolovska

Μετάφραση: **Σοφία Γιαννούσιου**



ΑΘΗΝΑ 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Σχετικά με τους συγγραφείς</i>	7
Πρόλογος Περιφερειάρχη Αττικής Γιώργου Πατούλη	11
Εισαγωγή	13
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ σε περιβάλλοντα ιδρύματος και κοινωνίας	17
Κεφάλαιο 1. Ακούσια Αστική Δέσμευση	19
A. Πολιτικοί ασθενείς	19
1. Ανάγκη χρήσης επίσημης εξουσίας κατά τη διαδικασία δέσμευσης	19
2. Προληπτική κράτηση	24
B. Νόμοι για σεξουαλικά βίαιους θηρευτές (SVPA laws)	30
1. Η σχέση των νόμων SVPA με την κοινωνική δύναμη δέσμευσης	30
Κεφάλαιο 2. Θεσμικά δικαιώματα	35
A. Το δικαίωμα στη σεξουαλική αλληλεπίδραση	35
1. Θέματα αυτονομίας	35
2. Άρνηση παροχής προφυλακτικών σε κρατούμενους ασθενείς	43
B. Το δικαίωμα στην άρνηση της θεραπείας	48
1. Φαρμακευτική αγωγή	48
2. Περιορισμοί	51
Γ. Το δικαίωμα στην αποϊδρυματοποίηση	54
Κεφάλαιο 3. Αδικοπραξία	57
A. Η αποτυχία εγκλεισμού	57
B. Η αποτυχία φύλαξης/αποτροπής του ασθενή να φύγει από το νοσοκομείο	65
Γ. Ευθύνες για αδικοπραξία στο θύμα για βλάβη που προκλήθηκε από ασθενή	71

Δ. Κακομεταχείριση σε ίδρυμα: θεραπεία για μια διαταραχή που δεν δικαιολογεί την κράτηση	76
Ε. Το «καθήκον προστασίας»	80
Κεφάλαιο 4. Η διαδικασία της ποινικής δίκης	93
Α. Ανικανότητα να δικαστεί	93
1. Αξιολογήσεις	93
2. Αποκατάσταση της ικανότητας	96
3. Το δικαίωμα στην άρνηση φαρμακευτικής αγωγής	99
Α. Η υπεράσπιση της φρενοβλάβειας	107
1. Το πεδίο της κατάθεσης εμπειρογνομόνων	107
2. Δεσμεύσεις μετά από αθώωση λόγω φρενοβλάβειας	115
Β. Στη δίκη	117
1. Ζητήματα μετριάσμου	117
Γ. Η θανατική ποινή	120
1. Μαρτυρία ως προς τη μελλοντική επικινδυνότητα	120
2. Η ανάγκη για πρόσθετες δοκιμές	126
3. Η χρήση φαρμάκων για να καταστεί ο θανατοποινίτης ικανός να εκτελεστεί	129
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ στη σύγκρουση συμφερόντων στην ενημερωμένη συναίνεση	133
Κεφάλαιο 1. Σχέσεις με φαρμακευτικές εταιρείες, νοσοκομεία, επόπτες, εργαζόμενους, επαγγελματίες συναδέλφους & ασθενείς	135
Κεφάλαιο 2. Άλλα ηθικά διλήμματα	171
Κεφάλαιο 3. Συναίνεση μετά από ενημέρωση	185
Βιβλιογραφία	187

Σχετικά με τους συγγραφείς

Ο **Michael L. Perlin** είναι καθηγητής Νομικής στη Νομική Σχολή της Νέας Υόρκης (NYLS), διευθυντής του Διαδικτυακού Νομικού Προγράμματος Ψυχικής Αναπηρίας του NYLS και διευθυντής του Διεθνούς Προγράμματος Μεταρρύθμισης του Νόμου για την Ψυχική Αναπηρία του NYLS στο Κέντρο Δράσης Δικαιοσύνης. Είναι, επίσης, Επίκουρος Καθηγητής στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης και στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου του Ρότσεστερ. Πρώην Διευθυντής του Τμήματος Υποστήριξης Ψυχικής Υγείας στο Τμήμα Δημόσιας Δικαιοσύνης του Νιου Τζέρσεϊ, και Αναπληρωτής Δημόσιος Συνήγορος του Πολίτη, υπεύθυνος στο Γραφείο του Δημόσιου Συνήγορου του Πολίτη στο Mercer County (Trenton) του Νιου Τζέρσεϊ, τώρα υπηρετεί στο Διεθνές Συμβούλιο Συμβούλων των Δικαιωμάτων Ψυχικής Αναπηρίας, και στο Διοικητικό Συμβούλιο της Διεθνούς Ακαδημίας Δικαίου και Ψυχικής Υγείας, καθώς είναι στη συντακτική επιτροπή τεσσάρων περιοδικών επιστημών δικαίου και συμπεριφοράς. Έχει γράψει 20 βιβλία και 200 άρθρα για όλες τις πτυχές του νόμου σχετικά με την ψυχική αναπηρία. Υπήρξε επισκέπτης υπότροφος στο Εβραϊκό Πανεπιστήμιο (Ιερουσαλήμ, Ισραήλ), επισκέπτης καθηγητής στο Πανεπιστήμιο Abo Akademi/Πανεπιστήμιο του Turku (Turku, Φινλανδία) και επισκέπτης συνεργάτης στο Ευρωπαϊκό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο - Νομική (Φλωρεντία, Ιταλία).

Ο **Harold J. Bursztajn, M.D.** του Cambridge, MA USA, ασκεί το επάγγελμά του ως ψυχίατρος, ιατροδικαστής ψυχίατρος και ψυχαναλυτής για έναν ποικίλο, πολυπολιτισμικό πληθυσμό ασθενών. Παρέχει συμβουλευτικές συναντήσεις και διδάσκει σχετικά με την ιατρική και ψυχική περίθαλψη, τη λήψη αποφάσεων ηθικής και τη νομοθεσία σε περιβάλλοντα που κυμαίνονται από μια ποικιλία τοποθεσιών από τις Ηνωμένες Πολιτείες έως διεθνείς τοποθεσίες, αρκετά διαφορετικές σε σύγκριση μεταξύ τους, όπως το Ρίο ντε Τζανέριο και η Κωνσταντινούπολη. Είναι συνιδρυτής του Προγράμματος Ψυχιατρικής και Νομικής στο Τμήμα Ψυχιατρικής

του Ιατρικού Κέντρου Beth Israel Deaconess της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ και Αναπληρωτής Κλινικός Καθηγητής Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ. Είναι ο συγγραφέας του πολύ αναγνωρισμένου βιβλίου *Medical Choices, Medical Chances*. Ανάμεσα στις άλλες κορυφαίες συνεισφορές του στην εκπαίδευση ιατρικής και ψυχικής υγείας είναι τα βιβλία *Divided Staffs, Divided Selves, a Case Approach to Mental Health Ethics* και *Decision Making in Psychiatry and the Law*, καθώς και πολλά άρθρα πάνω στην ιατρική, την ψυχιατρική, την εγκληματολογική νευροψυχιατρική και κλινική ηθική. Τα πολυάριθμα βραβεία και οι τιμητικές διακρίσεις του Δρ. Bursztajn κατά τη διάρκεια των εικοσιπέντε ετών υπηρεσίας του ως μέλος ΔΕΠ της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ κυμαίνονται από το βραβείο Έρευνας της Σχολής Solomon έως την ονομασία του ως ένας από τους μόνο πενήντα Κύριους Κλινικούς Μέντορες για την Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ που συνεχίζει να διδάσκει. Μεταξύ των τομέων εμπειρογνωμοσύνης του Δρ. Bursztajn είναι η θεραπεία ευάλωτων ασθενών, η βελτίωση της λήψης αποφάσεων για την ιατρική και ψυχική υγεία, οι διαδικασίες ενημερωμένης συναίνεσης, ο προσδιορισμός σύγκρουσης συμφερόντων, η ευθύνη για το προϊόν και η μείωση του κινδύνου αθέμιτης πρακτικής και τα πρότυπα για την ιατροδικαστική αξιολόγηση αξιώσεων που σχετίζονται με τα επαγγελματικού τύπου αιτήματα, τη μειωμένη ικανότητα σε ποινικούς κατηγορούμενους, τους παράγοντες μετριασμού της θανατικής ποινής, τις ψυχιατρικές αυτοψίες και την πρόληψη της βίας.

Ο **Kris Gledhill** ήρθε στον τομέα του δικαίου της ψυχικής υγείας ως νομικός που συμμετείχε σε υποθέσεις ενώπιον του Αγγλικού Δικαστικού Συστήματος Επιθεώρησης της Ψυχικής Υγείας (*English Mental Health Review Tribunal system*) και μέσω του αγγλικού διοικητικού δικαστηρίου και του Εφετείου. Εκτός από τη συμμετοχή του σε ορισμένες από τις υποθέσεις που έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη του νόμου για την ψυχική αναπηρία στην Αγγλία, ο κ. Gledhill έχει δώσει διαλέξεις και έχει γράψει εκτενώς για τον αντίκτυπο της νομοθεσίας για τα ανθρώπινα δικαιώματα στην

πρακτική της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, επιμελείται τα κείμενα στο Mental Health Law Reports, όπου γίνεται αναφορά σε υποθέσεις τόσο του Ηνωμένου Βασιλείου όσο και του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου και οι οποίες σχετίζονται με τη νομοθεσία που επηρεάζει τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Πρόσφατα πέρασε στην ακαδημαϊκή ζωή, αποδεχόμενος τη θέση του λέκτορα στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου του Όκλαντ στη Νέα Ζηλανδία.

Η Δρ. **Éva Szeli** είναι δικηγόρος και αδειοδοτημένη κλινική ψυχολόγος. Είναι επίσης πρώην Διευθύντρια των Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων για τα Διεθνή Δικαιώματα της Ψυχικής Αναπηρίας και επικεφαλής του περιφερειακού γραφείου του MDRI στη Βουδαπέστη από το 2000-2004. Υπό αυτή την ιδιότητα, η Δρ. Szeli πραγματοποίησε αποστολές εύρεσης πορισμάτων και εκπαιδευτικά εργαστήρια συνηγορίας στη Βουλγαρία, την Εσθονία, την Ουγγαρία, το Κοσσυφοπέδιο, τη Λετονία, τη Ρωσία και τη Σερβία. Αυτή τη στιγμή κατέχει ακαδημαϊκές θέσεις στο Πανεπιστήμιο της Αριζόνα και στη Νομική Σχολή της Νέας Υόρκης και συνεχίζει να εργάζεται στον τομέα της ψυχικής υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ως εκπαιδευτικός και ως σύμβουλος.

Η **Lisa Cosgrove, Ph.D.**, είναι κλινική και ερευνητική ψυχολόγος, επίκουρη καθηγήτρια στο Πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης-Βοστώνης, και συνεκδότης, μαζί με την Paula Caplan, του Bias in Psychiatric Diagnosis. Η Δρ. Cosgrove έχει δημοσιεύσει άρθρα και κεφάλαια βιβλίων για θεωρητικά και φιλοσοφικά ζητήματα που σχετίζονται με την κλινική πρακτική, καθώς και για θέματα κοινωνικής πολιτικής, όπως η σύγκρουση συμπερόντων στην ψυχοφαρμακευτική βιομηχανία.

Ο **Omar Sultan Haque** είναι φοιτητής στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ. Έχει πτυχίο στη νευροεπιστήμη και στη φιλοσοφία της θρησκείας από το Πανεπιστήμιο Μπράουν, και μεταπτυχιακό στη συγκριτική θρησκεία και τις ισλαμικές σπουδές από το Harvard Divinity School.

Η **Robindra Paul**, MD, DPH, MBA, είναι συνεργάτης στην εγκληματολογική ψυχιατρική στο Πανεπιστήμιο Case Western Reserve και μέλος του Προγράμματος Ψυχιατρικής και της Ιατρικής Σχολής Lawat Harvard, καθώς έχει, επίσης, συμμετάσχει σε πρακτική άσκηση με τον WHO στα Ηνωμένα Έθνη.

Η **Beata Anna Zolovska**, M.D., είναι αυτή τη στιγμή στο δεύτερο έτος του Προγράμματος Εκπαίδευσης Ψυχιατρικής Εξειδίκευσης του Πανεπιστημίου της Κολούμπια, με συνεχή ειδικά ενδιαφέροντα στην ψυχοδυναμική, την κλινική ηθική και την εγκληματολογική ψυχιατρική.

Πρόλογος Περιφερειάρχη Αττικής ΓΙΩΡΓΟΥ ΠΑΤΟΥΛΗ

Η Περιφέρεια Αττικής και εγώ προσωπικά συνεργαζόμαστε στενά με την επιστημονική κοινότητα για την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων οι οποίες συμβάλλουν στην ενίσχυση της ψυχικής υγείας των πολιτών. Στο πλαίσιο αυτό έχει αναπτυχθεί μια σημαντική συνεργασία με την **Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου του Πανεπιστημίου Αθηνών**. Μια συνεργασία η οποία αφορά στο σύνολο της την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε ευπαθείς πληθυσμούς.

Χάρη στην αφοσίωση όλων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στο διάστημα της συνεργασίας μας έχουν υπάρξει συγκεκριμένα και μετρήσιμα αποτελέσματα που σχετίζονται με την έρευνα, την ενημέρωση, την πρόληψη και τη θεραπεία. Μεταξύ άλλων, μέσω του προγράμματος έχουν αναπτυχθεί ερευνητικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές δραστηριότητες που συντονίζονται και επιτελούνται από ιατρούς και επιστήμονες-ερευνητές, ανήκοντες στο δυναμικό της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Εν τω μεταξύ η Βιοηθική η οποία γεννήθηκε κατά το δεύτερο ήμισυ του προηγούμενου αιώνα, σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη τις τελευταίες δεκαετίες. Η ενασχόληση με την Βιοηθική επιβλήθηκε από την ταχύτατη ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας και των βιοεπιστημών. Σήμερα η ενασχόληση με αυτήν παραμένει εξ ίσου επιβεβλημένη, αφού η διαρκής πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας δημιουργεί συνεχώς νέα ηθικά διλήμματα ή παροξύνει ήδη υπάρχοντα, τα οποία απαιτούν ικανοποιητικές απαντήσεις.

Μπροστά σε αυτήν την αναντίρρητη πραγματικότητα και στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες που την συνοδεύουν, κρίναμε πως η συνεργασία της Περιφέρειας Αττικής με το **Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας** του Τμήματος Φιλοσοφίας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών –και, μέσω αυτού, με την International Chair in Bioethics (πρώην UNESCO Chair in Bioethics, University of Haifa)– στο πλαίσιο του Προγράμματος Προαγωγής Ψυχικής Υγείας που χρηματοδοτείται από την

Περιφέρεια Αττικής, θα ήταν ιδιαίτερος χρήσιμο να επεκταθεί σε μια σημαντική προσφορά στο αναγνωστικό κοινό της χώρας μας, τόσο προς χρήση από τους ειδικούς, όσο και για την ενημέρωση των ενεργών και ευαισθητοποιημένων πολιτών: στην μετάφραση και έκδοση της επιστημονικής σειράς Εγχειρίδια Βιοηθικής της UNESCO, αποτελούμενης από πρωτότυπα έργα υψηλής ακαδημαϊκής εγκυρότητας με την σφραγίδα της UNESCO, τα οποία μεταφράστηκαν υπό την επιστημονική αιγίδα του Εργαστηρίου Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας του ΕΚΠΑ.

Η έκδοση της εξαιρετικά σημαντικής αυτής σειράς και η ελεύθερη διάθεσή της καταδεικνύει αφ' ενός την ευαισθησία της Περιφέρειας Αττικής για τα σημαντικά βιοηθικά ζητήματα του καιρού μας, αφ' ετέρου υπογραμμίζει την σημασία της συνεργασίας της κεντρικής διοίκησης με την επιστημονική κοινότητα της χώρας μας. Παραδίδουμε την σειρά αυτή στο αναγνωστικό κοινό με την φιλοδοξία και την ελπίδα να αποτελέσει ορόσημο στον διάλογο γύρω από τα ζητήματα της Βιοηθικής.

Καλή ανάγνωση.

Εισαγωγή

Τα προηγούμενα τριάντα πέντε χρόνια παρατηρήθηκε μια αξιοθαύμαστη έκρηξη στη νομική διαδικασία, στα ζητήματα που αφορούν τα άτομα με νοητική αναπηρία. Οι αλλαγές που έλαβαν χώρα ως επακόλουθο αυτής της έκρηξης, επεκτάθηκαν περικλείοντας θεσπίσματα και δικαστικές αποφάσεις, στο εσωτερικό και το διεθνές αστικό δίκαιο, στο συνταγματικό, ποινικό και ιδιωτικό δίκαιο, και πολλαπλασιάζοντας τη βιβλιογραφία, είτε πρόκειται για ακαδημαϊκή, είτε για εστιασμένη στην πρακτική, είτε για κλινική, από δικηγόρους, ψυχιάτρους, ειδικούς σχετικά με τη ψυχική υγεία και ηθικολόγους.

Παρότι παρατηρήθηκε αρκετή ασυνέπεια ως προς τις εξελίξεις που προαναφέρθηκαν, και, κατά τη χιλιοειπωμένη μεταφορά, “το εκκρεμές ταλαντευόταν – συχνά με τρόπο άγριο – προς πολλές κατευθύνσεις,” δεν υπάρχει αμφιβολία πως αυτός ο πολλαπλασιασμός εξακολουθεί να συμβαίνει. Πριν από το 1970 δεν υπήρχαν, ουσιαστικά, υποθέσεις που να καθορίζουν υπαρκτούς και διαδικαστικούς περιορισμούς σε ακρόαση αστικής δέσμευσης, ενώ πολλές δικαιοδοσίες δεν είχαν τροποποιήσει το καταστατικό τους πάνω σε αυτό το ζήτημα για περισσότερο από έναν αιώνα. Σε όλες τις πτυχές της ιατρικής (συμπεριλαμβανομένης της ψυχιατρικής), το θέμα της συναίνεσης μετά από ενημέρωση σπάνια συζητήθηκε ανοιχτά· αντιθέτως, ο τίτλος του βιβλίου του Jay Katz, *The Silent World of Doctor and Patient*, αντικατοπτρίζει με τον καλύτερο τρόπο την πραγματικότητα. Πριν από τα μέσα της δεκαετίας του 1970, το δικαστήριο δεν εξέταζε με την απαραίτητη προσοχή τα δύσκολα ζητήματα που εγείρονταν στην υποτιθέμενη περίπτωση που επαγγελματίες που εργάζονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας χρειάζονται να παραβιάσουν το καθεστώς απορρήτου προκειμένου να προειδοποιήσουν ή να προστατεύσουν ένα πιθανό θύμα του ασθενή τους. Πριν από τα τέλη της ίδιας δεκαετίας δεν δινόταν το δικαίωμα σε ιδρυματοποιημένους ψυχιατρικούς ασθενείς να αρνηθούν τη θεραπεία. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 αναγνωρίστηκε η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης από

τους περισσότερους κλινικούς γιατρούς και από τα δικαστήρια ως κομβικής σημασίας, εντούτοις αντιμετωπίστηκε πολύ συχνά σε θεσμικό επίπεδο απλώς ως *pro forma* και όχι ως τακτικό μέρος της διαδικασίας.

Πριν από τα μέσα της δεκαετίας του '80, οι περισσότερες δικαιοδοσίες όριζαν πως ένας άπορος κατηγορούμενος σε ποινική υπόθεση δεν είχε δικαίωμα σε ψυχιατρική βοήθεια, η οποία θα αποτελούσε αρωγό στην οργάνωση της υπεράσπισής του γύρω από το ψυχικό του νόσημα ή προκειμένου να αντικρούσει τα επιχειρήματα εναντίον του σε μια υπόθεση θανατικής ποινής σχετικά με την πιθανή μελλοντική του επικινδυνότητα. Πριν από το 1990 ήταν σπάνιο για το δικαστήριο να έχει θεσπίσει νόμους κατά των διακρίσεων, σε αντιστοιχία με τον νόμο για τους Αμερικανούς με Αναπηρίες (Americans with Disabilities Act). Πριν από το 1991, κανένα σκέλος των Ηνωμένων Εθνών δεν είχε δημοσιεύσει αρχές που να αφορούν τα δικαιώματα των ατόμων που έχουν ιδρυματοποιηθεί λόγω διανοητικής αναπηρίας. Πριν από τις αρχές του 1990, τα δικαστήρια είχαν σπάνια αντιμετωπίσει τα δύσκολα ζητήματα που εγείρονταν όταν ένας κατηγορούμενος σε ποινική δίκη, ενώ έχει προβάλλει το ψυχικό του νόσημα ως γραμμή υπεράσπισης, και ενώ έχει αντισταθεί στις προσπάθειες που στόχευαν να τον καταστήσουν ικανό να δικάσει ή να εκτελεστεί, εκείνος επεδίωκε να παρεμβάλλει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία. Πριν τα τέλη της ίδιας δεκαετίας, τα δικαστήρια σπάνια εξέταζαν εάν υπήρχε κάποιο δικαίωμα στην αποϊδρυματοποίηση. Πριν δεκαπέντε χρόνια, τα αδικήματα σεξουαλικής φύσης συγκέντρωναν σκόνη στα ράφια των νομικών βιβλιοθηκών. Πριν από δεκαπέντε χρόνια, η φράση «υποβοηθούμενη θεραπεία χωρίς νοσηλεία» δεν εμφανιζόταν στη βιβλιογραφία.

Όλα τα παραπάνω, ασφαλώς, απλώς ξύνουν την επιφάνεια. Γιατί αυτό που συνέβη, στην πραγματικότητα, ήταν μια επανάσταση, από εκείνες της οποίας τα αποτελέσματα έγιναν αισθητά από όλους όσοι εργάζονται σε οποιονδήποτε από τους σχετικούς τομείς. Ταυτόχρονα, η κοινωνία ξεκίνησε να δίνει μεγαλύτερη προσοχή στα ηθικά ζητήματα που αναπόφευκτα εγείρονται

από τα ερωτήματα που προαναφέρθηκαν, εκείνα που αφορούν σε σύνθετα ζητήματα αυτονομίας, ικανότητας, επαγγελματικής κρίσης, επαγγελματικής ευθύνης και βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ομάδα όπως η Παγκόσμια Ψυχιατρική Ένωση (World Psychiatric Association), η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής και Δικαίου (American Academy of Psychiatry and Law) και η Αμερικανική Εταιρεία Ψυχολογίας και Νομικής (American Academy of Psychiatry and Law) έχουν εκδώσει κώδικες που επιδιώκουν να καθοδηγήσουν τους επαγγελματίες σε πολλούς από τους τομείς της πολιτικής και της πρακτικής εφαρμογής. Ωστόσο, δεδομένης της πραγματικότητας των επαγγελματικών ιδιοτελών συμφερόντων και της ουσιαστικής και, κατά καιρούς, αθέμιτης επιρροής που άσκησαν και συνεχίζουν να ασκούν τρίτα μέρη, συμπεριλαμβανομένων πολλών φαρμακευτικών οργανισμών, σε επαγγελματικούς οργανισμούς, υπάρχει μικρή πιθανότητα κάποιοι να βασιστούν σε τέτοιους επαγγελματικούς κώδικες ώστε να εφαρμοστούν οι τελευταίοι με τρόπο δίκαιο σε κάθε περιβάλλον, ή, επί παραδείγματι, να ζητήσουν, σε παγκόσμιο επίπεδο, οι επαγγελματικές εμπορικές οργανώσεις από τα μέλη τους την αποκάλυψη στους ασθενείς των πραγματικών πλαισίων της σχέσης τους με τις εταιρείες φαρμάκων.

Επομένως, υπάρχει, επίσης, η επακόλουθη μεγαλύτερη ευθύνη των δικαστηρίων – σε όλα τα επίπεδα, από τα τοπικά δικαστήρια, μέχρι τα ανώτατα δικαστήρια στα εκάστοτε έθνη και τις περιφέρειες – να “επιληφθούν”, ούτως ειπείν, της κατάστασης. Ο θάνατος του δόγματος “μην αγγίζετε” – μια προσέγγιση που, για πολλές δεκαετίες, οδήγησε τους δικαστές να γυρίσουν την πλάτη τους σε ζητήματα θεσμικής μεταχείρισης, εφαρμόζοντας τον (λανθασμένο) συλλογισμό ότι τέτοιες αποφάσεις πρέπει να αφεθούν στην αρμοδιότητα των θεσμικών και επαγγελματικών οργανώσεων – σήμαινε ότι τα δικαστήρια καλούνταν τώρα να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα (και άλλα) και ότι, αναπόφευκτα, το ηθικό κομμάτι αυτών των θεμάτων θα βρισκόταν “στο τραπέζι” σε πολλές υποθέσεις. Ενώ τα ηθικά ζητήματα, σε αυτό το πλαίσιο, παραμένουν υπό συζήτηση τόσο στη νομική, όσο και στη συμπεριφορική βιβλιογραφία, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μεγαλύτερο

ποσοστό προσοχής θα επικεντρωθεί σε αυτά, τα επόμενα χρόνια.

Σε αυτόν τον τόμο προσφέρουμε περιπτώσεις ορισμένων από τα επαναλαμβανόμενα ζητήματα που απασχολούν τους επαγγελματίες και που εγείρουν ηθικούς προβληματισμούς. Δεν διατηνόμαστε ότι μπορούμε να τα λύσουμε, αλλά μάλλον γράφουμε για αυτά προκειμένου να εμπνεύσουμε τον αναγνώστη να συλλογιστεί πάνω σε αυτά πιο προσεκτικά. Πολλές περιπτώσεις προέρχονται από πραγματικές υποθέσεις και σε αυτές τις περιπτώσεις παρέχουμε αναφορά εν είδει παραπομπής στην εν λόγω υπόθεση, ενώ άλλες είναι ένα σύνθετο υλικό περιπτώσεων με τα οποία οι συγγραφείς έχουν ασχοληθεί ή τα οποία έχουν παρατηρήσει στην εργασία τους. Οι περισσότερες περιπτώσεις είναι αρκετά σύντομες, όμως αρκετές είναι μεγαλύτερες σε έκταση· σε μία περίπτωση έχουμε παρουσιάσει εναλλακτικές αναγνώσεις του ίδιου ζητήματος - πρόκειται για το δικαίωμα των προσωρινά ανίκανων ποινικών κατηγορουμένων να αρνούνται τη φαρμακευτική αγωγή που έχει οριστεί να λάβουν και που θα τους καθιστούσε, φαινομενικά, ικανούς να δικαστούν. Σαφέστατα, δεν θεωρούμε ότι αυτές οι περιπτώσεις είναι, κατά κάποιο τρόπο, πιο “σημαντικές” από άλλες, αλλά μάλλον ότι οι αποφάσεις σε αυτές τις υποθέσεις δύνανται να φανούν πιο προκλητικές, και ακόμα, ίσως, πιο ενοχλητικές σε προσωπικό επίπεδο, όσον αφορά τους επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Ελπίζουμε να παρουσιάσουν όλες τους ενδιαφέρον.

Οι εκδότες αυτού του τόμου θέλουν, επιπλέον, να ευχαριστήσουν και να κάνουν ιδιαίτερη μνεία στους συναδέλφους μας για την ανεκτίμητη συνεισφορά τους: Beata Anna Zolovska, συν-συγγραφέας του δεύτερου κεφαλαίου του πρώτου μέρους· Omar Sultan Haque, συν-συγγραφέας των πτυχών που αφορούν στο «καθήκον προειδοποίησης» του τέταρτου κεφαλαίου του πρώτου μέρους και στους Robindra Paul και Lisa Cosgrove, συν-συγγραφείς του δεύτερου μέρους. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε τους Jason Huffman, τον βοηθό έρευνας/γραφείου του καθηγητή Bursztajn και τον Stan Schwartz, βοηθό του καθηγητή Perlin για την σημαντική τους βοήθεια.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ:

Άτομα με νοητική αναπηρία
σε περιβάλλοντα ιδρύματος
και κοινωνίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΑΚΟΥΣΙΑ ΑΣΤΙΚΗ ΔΕΣΜΕΥΣΗ

Α. ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

1. Ανάγκη χρήσης επίσημης εξουσίας κατά τη διαδικασία δέσμευσης

Πρώτη περίπτωση¹:

Ο ΗΛ, ένας μεσήλικας με σοβαρές μαθησιακές δυσκολίες και αυτισμό έχει περάσει μεγάλο μέρος της ζωής του σε περιβάλλον νοσοκομείου. Στο πλαίσιο της διαδικασίας μετακίνησης ασθενών από ιδρύματα μακράς διαμονής όπου ήταν δυνατόν, ο ΗΛ βρέθηκε σε ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας για άτομα με ειδικές ανάγκες, δηλαδή σε ένα μέρος με φροντιστές, τους κύριο και κυρία Ε. Μια μέρα, στα τέλη του Ιουλίου, όταν στο κέντρο ο ΗΛ ήταν ιδιαίτερα ταραγμένος και άρχισε να αυτο-τραυματίζεται, κλήθηκε ένας γιατρός, ο οποίος χορήγησε ένα ηρεμιστικό, αλλά ο ΗΛ συνέχισε να είναι ανήσυχος. Μεταφέρθηκε στο τοπικό νοσοκομείο, όπου παρευρέθηκε ο ψυχίατρος ο υπεύθυνος για τη φροντίδα του για πολλά χρόνια, η Δρ. Μ. Με τη σύμφωνη γνώμη συναδέλφου, αποφάσισε ότι ο ΗΛ έπρεπε να εισαχθεί στην ψυχιατρική μονάδα του νοσοκομείου. Ο ΗΛ συνόδευσε τη Δρ. Μ στην αρμόδια μονάδα, και, έτσι, η Δρ. Μ δεν προέβη σε καμία ρύθμιση προκειμένου να θέσει υπό κράτηση επίσημα τον ΗΛ, αφού ο ίδιος συμμορφωνόταν με τις επιθυμίες της και ήταν πρόθυμος να παραμείνει στο νοσοκομείο (αν και όχι ως επακόλουθο της άσκησης εκ μέρους του της δυνατότητας επιλογής). Ωστόσο, η Δρ. Μ κατέστησε, επίσης, σαφές ότι η άσκηση της επίσημης εξουσίας θα λάμβανε χώρα στην περίπτωση που ο ΗΛ επιχειρούσε να φύγει, αναφέροντας, παράλληλα, ότι ο κύριος και η κυρία Ε δεν μπορούσαν να τον επισκεφτούν, καθώς ο ΗΛ ενδεχομένως θα ήθελε μετά την επίσκεψη να φύγει μαζί τους.

¹ Η περίπτωση βασίζεται στην υπόθεση HL v. UK [2004] Mental Health Law Reports 236.

Ο κύριος και η κυρία Ε κανόνισαν ώστε να τεθεί υπό αμφισβήτηση αυτή η κατάσταση, ακολουθώντας τη δικαστική οδό. Το πρωτοβάθμιο δικαστήριο απέρριψε την αξίωση, αλλά το Εφετείο συμφώνησε πως ο ΗΛ βρισκόταν υπό κράτηση και πως ο μόνος τρόπος για να επιτευχθεί αυτό ήταν μέσω της εφαρμογής της επίσημης διαδικασίας εγκλεισμού. Κατ' επέκταση, ο ΗΛ κρατήθηκε επίσημα, κάτι που συνέβη στα τέλη του Οκτωβρίου. Στη συνέχεια, πήρε εξιτήριο από τους διευθυντές του νοσοκομείου τον Δεκέμβριο και επέστρεψε στους φροντιστές του. Εν τω μεταξύ, η απόφαση του Εφετείου εφεσιβλήθηκε στο ανώτατο Εφετείο, το οποίο αποκατέστησε την απόφαση του πρωτοβάθμιου δικαστηρίου, διαπιστώνοντας αφ' ενός ότι ο ΗΛ δεν είχε τεθεί υπό κράτηση, καθώς ήταν συνεργάσιμος και συμμορφωνόταν στις υποδείξεις της Δρ. Μ, αφ' ετέρου ότι ήταν σκόπιμο να αντιμετωπίζεται ο ίδιος βάσει του συμφέροντός του, αφού δεν είχε την ικανότητα να παίρνει ο ίδιος αποφάσεις. Εν συνεχεία, υποβλήθηκε καταγγελία πως τα θεμελιώδη δικαιώματα του ΗΛ είχαν παραβιαστεί. Το ζήτημα αφορούσε το αν ήταν απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί η επίσημη εξουσία κράτησης.

Τι συνέβη στη δίκη:

Η απόφαση της ακρόασης του δικαστηρίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα ήταν ότι η επίσημη διαδικασία εγκλεισμού αποτελούσε τον μοναδικό τρόπο διασφάλισης ότι η κράτηση ήταν απαραίτητη και, επομένως, όχι αυθαίρετη. Βάσει των γεγονότων, ο ΗΛ είχε στερηθεί την ελευθερία του: οι επαγγελματίες ασκούσαν πλήρη έλεγχο στις κινήσεις του, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης με τους φροντιστές του. Μολονότι θα μπορούσε να θεωρηθεί σωστό το να κρατηθεί κάποιος λόγω διανοητικής αναπηρίας, και παρότι υπήρχαν επαρκή στοιχεία που υποδήλωναν ότι ο ΗΛ ήταν άτομο με ψυχική διαταραχή, τα πρότυπα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων απαιτούσαν μια επαρκή διαδικαστική διασφάλιση απέναντι στον κίνδυνο αυθαίρετης κράτησης. Υπήρχε μια αντίθεση μεταξύ των απαιτήσεων εκ μέρους της επίσημης διαδικασίας εγκλεισμού

– η οποία απαιτούσε συμμόρφωση με τα θεσμοθετημένα κριτήρια κράτησης, με τα ιατρικά τεκμήρια, τη συμμετοχή ενός εκπροσώπου του ασθενούς και την απαίτηση για συνεχή αξιολόγηση του αν τα κριτήρια κράτησης έχουν εκπληρωθεί, από κοινού με τη δικαστική αναθεώρηση για την παροχή ανεξάρτητης επανεξέτασης της υπόθεσης – και της χρήσης μιας απόφασης βασισμένης εξ ολοκλήρου στην άποψη ενός γιατρού σχετικά με το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς. Ο σκοπός των διαδικαστικών διασφαλίσεων στην επίσημη διαδικασία είναι η προστασία των ατόμων από ενδεχόμενες εσφαλμένες εκτιμήσεις και αποφάσεις και από τυχόν κενά στην επαγγελματική κρίση.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Η φυσική τάση κάθε δικηγόρου με καθήκον να εκπροσωπή έναν ασθενή ο οποίος βρίσκεται υπό επίσημη εντολή εγκλεισμού είναι να διερευνήσει εάν το στοιχείο του καταναγκασμού είναι απαραίτητο· το επιχείρημα που προβάλλεται συχνά είναι το ότι ο πελάτης δεν χρειάζεται να τεθεί υπό εξαναγκασμό, επειδή εκείνος ή εκείνη είναι πρόθυμος ή πρόθυμη να παραμείνουν στο νοσοκομείο σε εθελοντική βάση. Το σημαντικό σημείο που προκύπτει από αυτήν την απόφαση είναι πως η ορθότητα αυτής της προσέγγισης εξαρτάται από το κατά πόσο οι ασθενείς είναι ικανοί να κάνουν μια επιλογή. Έτσι, για ασθενείς όπως ο HL, ο οποίος συμμορφωνόταν χωρίς να έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος για τον εαυτό του (ή, στην καλύτερη των περιπτώσεων, με περιορισμένες δυνατότητες λήψης αποφάσεων), απαιτείται διαφορετική προσέγγιση. Εν συντομία, εάν η κατάσταση του ασθενή στο νοσοκομείο είναι, στην πραγματικότητα, εκείνη της κράτησής του επειδή οι γιατροί έχουν τον απόλυτο έλεγχο, τότε το να επιτρέπεται στους ασθενείς να παραμένουν στο νοσοκομείο σε ανεπίσημη βάση δεν είναι σωστό, αφού η επίσημη διαδικασία είναι ο μόνος τρόπος να βεβαιωθεί κανείς ότι η κράτηση συνεχίζεται αποκλειστικά για τον χρόνο για τον οποίο ενδείκνυται. Η κράτηση των ασθενών σε ανεπίσημη βάση σημαίνει ότι εκείνοι υπόκεινται σε επαγγελματική

κρίση· ενώ οι περισσότεροι επαγγελματίες κάνουν συνήθως το σωστό, σκοπός του νομικού συστήματος είναι να διασφαλίσει την ύπαρξη δικλίδων ασφαλείας για να αποφεύγονται λάθη ή αστοχίες κρίσης. Τα γεγονότα της υπόθεσης το επιβεβαιώνουν, καθώς η αποδέσμευση του HL εξασφαλίστηκε ακριβώς επειδή ήταν δυνατή η υποβολή αίτησης στους διευθυντές του νοσοκομείου εκ μέρους του, κάτι που προέκυψε μόνο επειδή εκείνος τέθηκε υπό τις επίσημες πρακτικές κράτησης. Αν είχε απλώς νοσηλευτεί βάσει της γνώμης της γιατρού σχετικά με το συμφέρον του, ο HL δεν θα είχε αυτή τη δυνατότητα.

Αυτό μας οδηγεί στην εξέταση ενός ευρύτερου σημείου. Οι περισσότερες ιατρικές αποφάσεις λαμβάνονται από άτομα που είναι σε θέση να ασκήσουν την επιλογή τους με βάση τις συμβουλές που λαμβάνουν από τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες γιατρούς (και, κατ' επέκταση, την οικογένεια και τους φίλους που επιλέγουν να συμμετάσχουν στη διαδικασία). Αυτό υπόκειται στο προφανές σημείο ότι η ενασχόληση με τις ιατρικές υπηρεσίες μπορεί με τη σειρά της να υπόκειται σε περιορισμούς ως προς την πρόσβαση, βάσει οικονομικών ή άλλων πρακτικών θεμάτων, αλλά για τους σκοπούς του ηθικού σημείου μας υποθέσουμε ότι αυτά τα προβλήματα δεν υπάρχουν. Το παράδειγμα που έχει επιλεγεί δεν είναι εφαρμόσιμο αν ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να λάβει μια απόφαση· πρέπει να υπάρχει κάποιος εναλλακτικός μηχανισμός. Είναι δυνατές διάφορες επιλογές: μπορεί να υπάρξει μια μορφή υποκατάστατου ατόμου που λαμβάνει αποφάσεις και στον οποίο δίνεται η εξουσία να παίρνει αποφάσεις για λογαριασμό του ασθενή· μια τέτοιου είδους απόφαση πρέπει να διέπεται από μια δοκιμή του τι θα έκανε ο αναπληρωτής υπεύθυνος λήψης αποφάσεων στην εκάστοτε περίπτωση, ή ακόμα μπορεί να περιλαμβάνει μια δοκιμή προσδιορισμού του τι θα αποφάσιζαν οι ασθενείς αν είχαν οι ίδιοι τη δυνατότητα (με άλλα λόγια, ο αντικαταστάτης πρέπει να φανταστεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενή). Στην περίπτωση των παιδιών, συνήθως υπάρχει ένας αναπληρωτής υπεύθυνος λήψης αποφάσεων, δηλαδή ο γονέας, ο οποίος θα λάβει μια απόφαση με βάση την άποψή του για το τι είναι καλύτερο για το

παιδί. Ωστόσο, σε κάποιο στάδιο, το άτομο που ταξινομείται ως παιδί φτάνει στο σημείο που έχει την ικανότητα να λάβει τις δικές του αποφάσεις.

Μια άλλη επιλογή – και αυτό είναι που συνέβη στην περίπτωση του HL – είναι να επιτραπεί στους επαγγελματίες να πάρουν μια απόφαση σχετικά με το ποιο εκτιμούν ότι είναι το βέλτιστο συμφέρον του ασθενή που δεν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις. Σε πολλές περιπτώσεις θα επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα, οποιαδήποτε μέθοδος και αν επιλεγεί. Ωστόσο, δεν συμβαίνει απαραίτητα πάντοτε αυτό. Το μοτίβο της επιλογής των ασθενών είναι εδραιωμένο και συνάδει με την αντίληψη ότι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να ελέγχουν το πεπρωμένο τους. Επιπλέον, επίσης συναφές είναι το να εξετάσουμε το ζήτημα της ποιότητας της απόφασης στο τέλος της διαδικασίας: μια ανεξάρτητη αναθεώρηση της απόφασης ενός επαγγελματία – είτε με τη μορφή του ασθενούς που πρέπει να πειστεί για το τι είναι καλύτερο είτε διαμέσου της διαδικασίας υποκατάστασης – παρέχει μια δομή ελέγχου και εξισορρόπησης που θα διασφαλίζει από λάθη κρίσης και, έτσι, θα οδηγεί σε μια σωστότερη απόφαση στο τέλος της διαδικασίας. Αυτό είναι το ζήτημα της ύπαρξης διαδικαστικών προδιαγραφών. Δεν πρόκειται για μια λίστα με κουτιά που θα πρέπει να τσεκαριστούν, αντιθέτως έχουν σχεδιαστεί για να διασφαλίζουν τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων.

2. Προληπτική κράτηση

Δεύτερη Περίπτωση²:

Ο Β καταδικάστηκε για ποινικό αδίκημα στην Ολλανδία και διαπιστώθηκε ότι έπασχε από ψυχική διαταραχή, το οποίο σήμαινε ότι αξιολογήθηκε ως μελλοντικά επικίνδυνος. Το δικαστήριο επέβαλε διαταγή προληπτικής κράτησης, η οποία απαιτούσε ο Β να περάσει χρόνο στο κατάλληλο ψυχιατρικό ίδρυμα αφού υπηρετήσει την επιβεβλημένη ποινή φυλάκισης για την παράβασή του. Η Ολλανδική νομοθεσία προβλέπει πως ένα άτομο που υπόκειται σε προληπτική κράτηση θα μπορούσε να εξακολουθήσει να εκτίει την ποινή του στη φυλακή έως ότου βρεθεί το αρμόδιο ψυχιατρικό ίδρυμα, αλλά αυτό θα έπρεπε να συμβεί εντός 6 μηνών. Στην περίπτωση του Β αυτό δεν συνέβη, κάτι που σημαίνει πως εκείνος κρατήθηκε στη φυλακή για 14 μήνες επιπλέον, παρά το γεγονός ότι προϋπόθεση για τη συνεχιζόμενη κράτησή του αποτελούσε η ψυχική του διαταραχή και η ανάγκη του για θεραπεία. Το πρόβλημα ήταν η έλλειψη δυνατότητας κράτησης ατόμων που υπόκεινται σε προληπτική κράτηση στη φυλακή. Ο Β υπέβαλε καταγγελία βάσει του ότι αφού η κράτησή του βασιζόταν στην ψυχική του διαταραχή, τότε έπρεπε να κρατηθεί σε κατάλληλο περιβάλλον, δηλαδή σε ένα νοσοκομείο.

Τι συνέβη στη δίκη:

Η απώλεια ελευθερίας στην οποία υπόκειτο ο Β βασίστηκε και στο ποινικό του αδίκημα και στο γεγονός ότι η ψυχική του διαταραχή σήμαινε ότι κρίθηκε εκείνος ως επικίνδυνος από το δικαστήριο: έτσι, εξαρτήθηκε από τη δικαστική απόφαση, ακόμα και αφού είχε εκτίσει το κομμάτι της κράτησής του που αφορούσε την ποινή φυλάκισης. Το γεγονός και μόνο ότι είχε λήξει η τιμωρητική περίοδος της ποινής του δεν σήμαινε ότι έπρεπε να μεταφερθεί

² Η περίπτωση βασίζεται στην υπόθεση Brand v. Netherlands [2005] Mental Health Law Reports 148.

αμέσως σε κλινικό περιβάλλον προκειμένου η κράτηση να παραμείνει νόμιμη, αλλά η προληπτική κράτηση δεν είχε τιμωρητικό χαρακτήρα, επομένως ήταν απαραίτητη η εξισορρόπηση που είχε πραγματοποιηθεί μεταξύ θεμάτων όπως η ανάγκη για αποτελεσματική χρήση των κλινικών πλαισίων και η ανάγκη τοποθέτησης του κρατούμενου σε κατάλληλο περιβάλλον· ιδιαίτερης σημασίας ήταν, λοιπόν, το δικαίωμα στην ελευθερία. Αυτό που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι μια σημαντική καθυστέρηση στη διαδικασία εισαγωγής ενός ασθενούς σε κλινικό περιβάλλον θα επηρέαζε το χρονικό πλαίσιο της θεραπείας, καθιστώντας πιο πιθανή την ανανέωση της κράτησης του ασθενούς στη βάση του εν εξελίξει κινδύνου. Οι πραγματολογικές πληροφορίες αποκαλύπτουν ότι οι καθυστερήσεις που σημειώθηκαν στην περίπτωση του Β δεν ήταν εξαίρεση στον κανόνα και αναπάντεχες, αλλά μάλλον πως υπήρχαν συνεχή προβλήματα σχετικά με την έλλειψη δυνατοτήτων για εκείνους που υπόκεινταν σε προληπτική κράτηση για αρκετά χρόνια και οι αρχές δεν είχαν κάνει αρκετές ενέργειες για να αντιμετωπίσουν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Ακόμα και η καθυστέρηση 6 μηνών, την οποία επέτρεπε ο νόμος, δεν μπορούσε να προσφέρει την επαρκή προστασία του δικαιώματος στην ελευθερία.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Το παραπάνω σύνολο γεγονότων εγείρει μια σειρά ερωτημάτων. Παρότι υπάρχει ποινική καταδίκη στην οποία, κατά κύριο λόγο, βασίζεται η ενέργεια που έλαβε το δικαστήριο σχετικά με την επιβολή της διαταγής προληπτικής κράτησης, αυτό αποτελεί απλώς το πλαίσιο πάνω στο οποίο τοποθετήθηκε η ίδια η προληπτική κράτηση. Ελλείψει ψυχικής διαταραχής που να δείχνει ότι ο Β ήταν επικίνδυνος, δεν θα υπήρχε βάση για προληπτική κράτηση. Επομένως, η ύπαρξη της ψυχικής διαταραχής ήταν το βασικό χαρακτηριστικό που συναινεί στην κράτηση μετά τη λήξη της ανταποδοτικής ποινής για το ποινικό αδίκημα.

Πού, όμως, επιτρέπεται η κράτηση; Η βασική πρόταση είναι ότι η κράτηση, με δεδομένη τη ψυχική διαταραχή, είναι κάτι που

πρέπει να συμβεί σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Ο λόγος για αυτό είναι προφανής, δηλαδή, ότι κάτι πρέπει να γίνει για να προσπαθήσουμε να θεραπεύσουμε τη διαταραχή του ασθενή, καθώς, διαφορετικά η κράτηση δεν θα είναι τίποτα λιγότερο από περιορισμός ή απομόνωση. Αυτό υποδηλώνει ότι η αποτυχία τοποθέτησης του ασθενή σε νοσοκομειακό περιβάλλον – και η τοποθέτησή του στο περιβάλλον της φυλακής εν αναμονή της διαθεσιμότητας ενός νοσοκομείου – παραβιάζει τη συγκεκριμένη βασική προϋπόθεση και, ως εκ τούτου, θα έπρεπε να οδηγήσει στην αποφυλάκιση του ασθενή.

Ωστόσο, αυτό μπορεί να μην είναι τόσο εύκολο. Αν κάποιος αποτελεί κίνδυνο για τους υπόλοιπους, τότε το σύνολο των ανθρώπων που νιώθουν να απειλούνται έχουν ένα θεμελιώδες δικαίωμα, επίσης, εκείνο που τους εξασφαλίζει την προστασία από αυτόν τον κίνδυνο. Υπάρχουν συχνά περιπτώσεις όπου τα δικαιώματα πρέπει να εξισορροπηθούν, και άρα η απόφαση που θα ληφθεί πρέπει να είναι τέτοια ώστε να εξασφαλιστούν τα όρια αυτής της ισορροπίας. Με άλλα λόγια, η ανάγκη προστασίας των πολιτών μπορεί να δικαιολογήσει την κράτηση κάποιου ατόμου σε ένα μη θεραπευτικό ίδρυμα, τουλάχιστον για ένα σύντομο χρονικό διάστημα μέχρι μια θέση στο κατάλληλο ίδρυμα να καταστεί διαθέσιμη. Ο προβληματισμός στον οποίο επικεντρώνεται αυτή η υπόθεση είναι το σημείο στο οποίο πρέπει να βρεθεί η ισορροπία. Αυτό που χρειάζεται να επισημανθεί, λοιπόν, σχετικά με την απάντηση στο ερώτημα είναι μια διττή τοποθέτηση. Αφ' ενός ότι το δικαίωμα στην ελευθερία έχει ιδιαίτερη σημασία. (Μέρος του προφανούς αυτού ζητήματος που χρειάζεται να επισημανθεί κατά τον καθορισμό της ισορροπίας είναι ότι η κράτηση βάσει του κινδύνου πρόκλησης βλάβης συνεπάγεται τη βεβαιότητα παραβίασης του δικαιώματος στην ελευθερία, το οποίο σταθμίζεται έναντι της προοπτικής παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων ανθρώπων, στην πραγματικότητα, δηλαδή, πρόκειται για κάτι λιγότερο από μια βεβαιότητα).

Αφ' ετέρου, δεν αρκεί να αναλύσουμε απλώς την τρέχουσα κατάσταση, δηλαδή εάν παρατηρείται έλλειψη πόρων. Αντίθετα,

μπορεί να χρειαστεί να ακολουθηθεί μια πιο διαχρονική προσέγγιση, επειδή υπάρχει διαφορά μεταξύ μιας κατάστασης που έχει προκύψει λόγω ενός προσωρινού παράγοντα (για παράδειγμα, μια ξαφνική και απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ατόμων για τα οποία πρέπει να βρεθεί ένας χώρος) και ένα πρόβλημα που είναι σύννητες και, άρα, προβλέψιμο. Στο προηγούμενο σενάριο είναι ευκολότερο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι το θεμελιώδες δικαίωμα στην ελευθερία του ασθενή είναι κάτι που θα μπορούσε να “παραγκωνιστεί”, ούτως ειπείν, ακόμα και σε προσωρινή βάση, επειδή η κοινωνία δεν λειτουργεί πάντοτε ομαλά. Αλλά αν πρόκειται για ένα μακροχρόνιο πρόβλημα, τότε η αποτυχία των αρχών να επιληφθούν της κατάστασης καθιστά λιγότερο αποδεκτό το ότι ο μεμονωμένος ασθενής υπόκειται σε κράτηση που ισοδυναμεί με απομόνωση και η οποία τον εμποδίζει να λάβει τη θεραπεία που του ταιριάζει, βάσει της διαταραχής του, και που θα του παρέιχε την προοπτική να ανακτήσει την ελευθερία του αντικρούοντας την κατηγορία της επικινδυνότητας, τη βασική, δηλαδή, αιτία για την οποία κρατείται.

Υπάρχει ακόμα ένας τρόπος να εκφράσουμε αυτό ακριβώς το σημείο. Τα θεμελιώδη δικαιώματα έχουν σχεδιαστεί όχι απλώς για να παρακινούν τους ανθρώπους, αλλά προορίζονται, κατά κύριο λόγο, για να είναι πρακτικά και αποτελεσματικά, το οποίο σημαίνει πως όταν απαιτούν τη διάθεση των πόρων, τότε αυτό θα πρέπει να γίνει. Στην περίπτωση του Β αυτό δεν συνέβη, επομένως τα δικαιώματά του παραβιάστηκαν επειδή δεν τους δόθηκε η επαρκής βαρύτητα.

Αυτό, εντούτοις, δεν είναι το τέλος των ηθικών προβλημάτων που δημιουργεί αυτό το πραγματικό σενάριο. Βάσει των γεγονότων, το ζήτημα εξετάστηκε αφού ο Β είχε μεταφερθεί σε ένα κατάλληλο περιβάλλον, σε μια, δηλαδή, κατάλληλη κλινική, όπου λάμβανε θεραπεία. (Στην πραγματικότητα, είχε μεταφερθεί αμέσως μετά την έναρξη της δικαστικής αγωγής). Η δικαστική αγωγή προχώρησε ως διεκδίκηση τόσο της διαπίστωσης ότι τα δικαιώματά του είχαν παραβιαστεί, όσο και για να του επιδικαστεί χρηματική αποζημίωση. Αλλά, as υποθέσουμε ότι το πραγματικό σενάριο

ήταν ότι η νομική αγωγή είχε φτάσει στο στάδιο εκείνο όπου δεν φαινόταν νοσοκομειακός χώρος στον ορίζοντα, και ακόμα πως ο Β είχε περάσει αρκετό χρόνο σε ένα μη θεραπευτικό περιβάλλον, ώστε το δικαίωμα στην ελευθερία να έχει παραβιαστεί σε τέτοιο δυσανάλογο βαθμό με την κράτηση του ασθενή στον χώρο της φυλακής. Θα συνεπαγόταν αυτό πως ο δυνάμει ασθενής πρέπει να αποφυλακιστεί; Εάν ξεκινήσετε με την πρόταση πως η απάντηση είναι ένα ξεκάθαρο «ναι», σκεφτείτε πρώτα το γεγονός ότι τα νομικά συστήματα έχουν έναν μηχανισμό για την αποτίμηση ακόμα και των θεμελιωδών δικαιωμάτων σε χρηματικούς όρους, επομένως το ερώτημα αφορά το εάν η παραβίαση του δικαιώματος στην ελευθερία μπορεί να αποκατασταθεί με επιδίκαση αποζημίωσης (και ίσως σε καθημερινή και αυξανόμενη βάση, έτσι ώστε να παρακινήθούν οι αρχές να λάβουν τα κατάλληλα μέτρα, ακόμα και αν αυτό σημαίνει ότι η εύρεση προσωρινής λύσης σε οποιοδήποτε μακροχρόνιο πρόβλημα είναι η ίδια η αιτία της παραβίασης των δικαιωμάτων του δυνάμει ασθενή).

Εάν η ζημία δεν αποτελεί επαρκή απάντηση στο ερώτημα που έχει τεθεί, αξίζει να εξεταστεί ένα επιπρόσθετο πραγματικό σενάριο: ότι ο δυνάμει ασθενής ενέχει ένα συγκεκριμένο κίνδυνο απέναντι σε ένα συγκεκριμένο άτομο ή ομάδα. Αυτό το άτομο ή αυτή η ομάδα έχουν το δικαίωμα να προστατευθούν, κάτι που θα παραβιαζόταν εάν δεν λαμβάνονταν προληπτικά μέτρα. Όμως, αυτό δεν σημαίνει ότι η ανάρμοστη απώλεια της ελευθερίας του δυνάμει ασθενή ισοδυναμεί με την προληπτική δράση; Η σημασία του δικαιώματος στην ελευθερία σημαίνει ότι θα πρέπει να εξεταστούν και άλλες επιλογές, όπως η παροχή πρόσθετης προστασίας ή δυνατότητας μετακίνησης για όσους και σε όσους κινδυνεύουν.

Αυτό που καθιστούν σαφές τα γεγονότα αυτής της υπόθεσης, καθώς και τα περαιτέρω πιθανά σενάρια, είναι ότι τα ηθικά χαρακτηριστικά μιας κατάστασης μπορεί να περιλαμβάνουν διάφορες ανατροπές όταν διακυβεύονται θεμελιώδη δικαιώματα. Λαμβάνοντάς τα υπόψη κανείς δύναται να διαμορφώσει ένα πλαίσιο που θα βοηθούσε τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η οποία συχνά περιλαμβάνει την εξισορρόπηση διαφορετικών δικαιωμάτων που

μπορεί να ανταγωνίζονται το ένα το άλλο, αντί να είναι συμπληρωματικά. Ασφαλώς, σε μια ιδανική κατάσταση, δεν θα υπήρχε ανάγκη να υλοποιηθεί μια τέτοια ισορροπία, καθώς οι κατάλληλες κλινικές εγκαταστάσεις θα ήταν διαθέσιμες ήδη σε όσους υπόκεινται σε προληπτική κράτηση εξαιτίας του κινδύνου που συνεπάγεται την ψυχική διαταραχή. Δυστυχώς, εντούτοις, οι καταστάσεις είναι πέρα από ιδανικές, λόγω του ανταγωνισμού στη ζήτηση των πόρων και, έτσι ο διάλογος περί ηθικής πρέπει να υπολογίζει την πρακτική διάσταση της πραγματικότητας· όταν, βέβαια, προκύπτει αυτή η ανάγκη, πρέπει να επιτελείται με τρόπο τέτοιο ώστε να διατηρείται η υπεροχή των θεμελιωδών δικαιωμάτων.

B. ΝΟΜΟΙ ΓΙΑ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΒΙΑΙΟΥΣ ΘΗΡΕΥΤΕΣ (SVPA LAWS)

Η σχέση των νόμων SVPA με την κοινωνική δύναμη δέσμευσης

Τρίτη Περίπτωση³:

Κάθε χρόνο περισσότερα από 300.000 άτομα εισάγονται για ακούσια εσωτερική ψυχιατρική νοσηλεία στις Ηνωμένες Πολιτείες μόνο. Η δημόσια πολιτική δικαιολογεί την ακούσια κοινωνική ιδρυματοποίηση ως προς την παροχή καταφυγίου, την προστασία και την πρόσβαση σε μονάδες περίθαλψης σε όσους κινδυνεύουν να βλάψουν πρωτίστως τους εαυτούς τους, ή δευτερευόντως τους άλλους, βάσει της ενδεχόμενης απομόνωσης των επικίνδυνων ατόμων με σκοπό να αποφευχθεί η πρόκληση βλάβης σε τρίτους. Ο προσδιορισμός του επιπέδου επικινδυνότητας για τον εαυτό τους ή για τους άλλους καθορίζεται είτε από τους κλινικούς γιατρούς είτε από τα δικαστήρια. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το κράτος δύναται να εισάγει σε κλινική ένα άτομο που συνιστά δυνητική απειλή για άλλους, βάσει της προηγούμενης συμπεριφοράς του ή κάποιας ψυχιατρικής διάγνωσης. Στην περίπτωση που εγκλεισθούν ακούσια οι σεξουαλικοί παραβάτες σε ψυχιατρικά ιδρύματα, τότε αυτό μπορεί να ιδωθεί ως μια επίδειξη του φόβου που μοιράζεται μια μεγάλη μάζα του πληθυσμού απέναντι στους σεξουαλικούς θηρευτές, αλλά και ως εκδήλωση του ενδιαφέροντος εκ μέρους του κράτους να χρησιμοποιηθούν τα ψυχιατρικά ιδρύματα ως περιβάλλοντα φιλοξενίας τέτοιων ατόμων. Η απομόνωση των σεξουαλικών παραβατών από τον γενικό πληθυσμό υπήρξε ένα πρόβλημα που έχει τύχει μεγάλης προσοχής σε παγκόσμιο επίπεδο τα τελευταία χρόνια. Ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι οι σεξουαλικοί παραβάτες ορίζονται διαφορετικά ανάλογα με τον πολιτισμό της εκάστοτε χώρας, ενώ, δηλαδή, στον αγγλο-σαξονικό χώρο οι σεξουαλικοί παραβάτες

³ Η υπόθεση που εξετάζουμε εδώ είναι η εξής: Kansas v. Hendricks, 521 US 346 (1997).

είναι, για παράδειγμα, βιαστές και παιδεραστές, σε άλλους πολιτισμούς μοιχοί και ομοφυλόφιλοι μπορεί επίσης να ενταχθούν σε αυτήν την κατηγορία.

Το ευρύ κοινό έχει εδώ και καιρό αμφισβητήσει την εγκυρότητα της ακούσιας ιδρυματοποίησης, καθώς αποτελεί σημαντική απειλή ως προς τις ατομικές ελευθερίες του ατόμου και έχει γίνει αντικείμενο κατάχρησης από κυβερνήσεις και μεμονωμένους κλινικούς γιατρούς στο παρελθόν. Είναι γνωστή η παγκόσμια κληρονομιά της κατάχρησης της ακούσιας εισαγωγής σε ψυχιατρικά ιδρύματα, όπως η εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική των αντιφρονούντων στην Κίνα ή το ίδρυμα Psikhushka της Κομμουνιστικής ΕΣΣΔ, όπου εισήχθησαν όσοι ήταν αντίθετοι στον Κομμουνισμό, καθώς εικαζόταν ότι κανένα λογικό άτομο δεν θα διαφώνουσε με τον Κομμουνισμό ή τη Σοβιετική κυβέρνηση.

Υπήρξε μια παγκόσμια τάση προς τον αυστηρό περιορισμό της ακούσιας δέσμευσης μέσω της επιβολής αυστηρότερων προτύπων και κανονισμών. Επομένως, είναι κρίσιμη η διατήρηση της εμπιστοσύνης του κοινού στην κατάλληλη χρήση της ακούσιας δέσμευσης και στην αυστηρή διαφοροποίησή της από τον τιμωρητικό περιορισμό της ελευθερίας όσον αφορά τα ποινικά αδικήματα.

Ο LH, που είχε μακρύ ιστορικό σεξουαλικής παρενόχλησης παιδιών και που κατέθεσε ότι συμφωνούσε με τη διάγνωση του κρατικού γιατρού ότι «πάσχει από παιδεραστία και ότι δεν θεραπεύεται και ότι συνεχίζει να τρέφει σεξουαλικές επιθυμίες για παιδιά, τις οποίες δεν μπορεί να ελέγξει όταν “πανικοβάλλεται”», εισήχθη σε ψυχιατρικό νοσοκομείο λίγο καιρό πριν την ολοκλήρωση της ποινής φυλάκισής του. Ο LH άσκησε έφεση κατά της απόφασης, υποστηρίζοντας ότι η τελευταία παραβίασε τη δέουσα διαδικασία, την αρχή του διπλού αξιόποινου και τους νόμους *ex post facto*. Παρότι εξέτισε την ποινή για τις κατηγορίες τελέσεως εγκλήματος που του απαγγέλθηκαν, δεν αφέθηκε ελεύθερος, εξαιτίας της ανησυχίας σχετικά με την ενδεχόμενη επικινδυνότητά του, και αντ’ αυτού εισήχθη σε ψυχιατρικό νοσοκομείο για νοσηλεία. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν αποτελεσμα-

τικές θεραπείες για την παιδεραστία αυτή τη στιγμή, ουσιαστικά η ιδρυματοποίησή του συντελέστηκε ώστε να κρατηθεί μακριά από το ευρύ κοινό για λόγους δημόσιας ασφάλειας.

Αρκετά ζητήματα εγείρονται από την αστική δέσμευση του LH. Η χρήση της αστικής δέσμευσης ενός καταδικασθέντος εγκληματία σε ψυχιατρική περίθαλψη υποδηλώνει την τιμωρητική πτυχή της ακούσιας δέσμευσης, η οποία εξισώνει τους αυτοκτονικούς ασθενείς, επί παραδείγματι, με τους επικίνδυνους εγκληματίες. Η χρήση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων ως χώρους φιλοξενίας όσων το κράτος δεν θέλει να αποφυλακίσει μεταφέρει το ίδιο μήνυμα στο ευρύ κοινό – ότι η ακούσια δέσμευση είναι μια αποδεκτή εναλλακτική λύση στη φυλάκιση των ατόμων που έχουν κριθεί κοινωνικά ανεπιθύμητοι.

Κατ' επέκταση, η ιδρυματοποίηση ενός ατόμου που έχει συμπληρώσει μια περίοδο φυλάκισης εγείρει το ζήτημα της ασυμφωνίας ως προς τον καθορισμό των διανοητικών του ικανοτήτων. Άλλα ηθικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Είναι η απόφαση στην περίπτωση του LH θεραπευτική για το κοινό ή για τα θύματα;
- Υποχωρεί η (υποτιθέμενη) “συγκρατημένη” αστυνομική εξουσία ώστε να κορευτεί η δημόσια οργή;
- Είναι δυνατόν οποιοδήποτε τέτοιο σχήμα να είναι θεραπευτικό χωρίς την παροχή υποχρεωτικού ελέγχου μετά την αποφυλάκιση;
- Το γεγονός ότι η θεραπεία δεν ξεκινά (σύμφωνα, τουλάχιστον, με τον νόμο του Κάνσας) παρά μόνο μετά τη λήξη της ποινής του κατηγορούμενου δεν μετριάζει οποιοδήποτε ενδεχόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα;
- Είναι η καταναγκαστική δέσμευση σεξουαλικών παραβατών θεραπευτική;
- Υπάρχει κάποιο κίνητρο για έναν κατηγορούμενο που να τον παρακινεί να συμμετάσχει σε κάποια προγράμματα θεραπείας ενώ βρίσκεται στη φυλακή, εάν ό,τι λέγεται κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας συμμετοχής μπορεί να χρησιμοποιηθεί εναντίον

- του εναγόμενου μετά τη λήξη της ποινής του;
- Η απόφαση του Ανωτάτου Δικαστηρίου σχετικά με την υπόθεση του LH θα οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες δεσμεύσεις εκείνους που “παρεκτρέπονται” σεξουαλικά στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία;
 - Θα οδηγήσει ο LH ορισμένους εισαγγελείς να χρησιμοποιήσουν ακούσια αστική δέσμευση ως μέσο “ενίσχυσης” των ποινικών υποθέσεων;

Ο LH καταδικάστηκε για αξιόποινες πράξεις στη φυλακή επειδή είχε συνείδηση του ότι είναι ποινικά υπεύθυνος, βάσει της τοποθέτησής του ότι είχε πρόθεση να διαπράξει έγκλημα και ότι ήταν σε θέση να ελέγξει το άδικο της συμπεριφοράς του τη στιγμή της διάπραξης του εγκλήματος. Εν συνεχεία, μετά την ολοκλήρωση της φυλάκισής του, ο LH δεσμεύτηκε αστικά, βάσει των νόμων της ακούσιας δέσμευσης που θέτουν υπό κράτηση άτομα ανίκανα να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και, ως εκ τούτου, αποτελούν κίνδυνο για τη δημόσια υγεία και ασφάλεια. Έτσι, ο LH είχε τον συνειδητό έλεγχο των πράξεών του κατά τη στιγμή διάπραξης του εγκλήματος και δεν μπορούσε, εν ταυτώ, να ελέγξει το άδικο της συμπεριφοράς του. Αυτή η σαφής ασυνέπεια εγείρει ερωτήματα ως προς την εγκυρότητα του περιορισμού της αυτονομίας του LH.

Επιπλέον, η αστική δέσμευση του LH, δεδομένης της διάγνωσης της παιδοφιλίας και της εύκολα αντιληπτής διαρκούς απειλής που εκείνος αποτελούσε για το ευρύ κοινό, εγείρει τον προβληματισμό γύρω από την έκταση της χρήσης της ακούσιας δέσμευσης και την απομόνωση των βίαιων εγκληματιών από το σύνολο των πολιτών. Το ερώτημα σχετικά με την απομόνωση των σεξουαλικά βίαιων θηρευτών είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς αυτός ο πληθυσμός είναι που στοχοποιείται περισσότερο από κάθε άλλη κατηγορία εγκληματιών. Πολλές πολιτείες επιτρέπουν τον περιορισμό των ελευθεριών και των δικαιωμάτων των σεξουαλικών θηρευτών, ενώ οι κατάλογοι των σεξουαλικών παραβατών είναι διαθέσιμοι δημόσια και, σε κάποιες περιοχές, δημοσιεύονται στο διαδίκτυο.

Ενώ η απομόνωση των σεξουαλικά βίαιων θηρευτών είναι δυνητικά κοινωνικά επιθυμητή, η ακούσια αστική δέσμευση των καταδικασθέντων εγκληματιών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία υπονομεύει την εγκυρότητα της πολιτικής της ίδιας της ακούσιας δέσμευσης, εγείροντας, παράλληλα, ερωτήματα σχετικά με την επέκταση της χρήσης της σε άλλες κατηγορίες καταδικασμένων εγκληματιών, όπως εκείνοι που έχουν καταδικαστεί για παράνομη κατοχή ναρκωτικών ουσιών ή για κακοποίηση παιδιών. Πρέπει όλοι οι καταδικασθέντες εγκληματίες που δύνανται να αποτελέσουν απειλή για το ευρύ κοινό να θεωρηθούν άξιοι για παραπομπή σε ψυχιατρική νοσηλεία αντί για την αποφυλάκιση; Γιατί αντιμετωπίζονται διαφορετικά όσοι διέπραξαν σεξουαλικά εγκλήματα; Έχει το σύστημα ψυχικής υγείας κάτι να προσφέρει στους σεξουαλικούς παραβάτες από πλευράς θεραπείας;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΣΜΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Α. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ

1. Θέματα αυτονομίας

Περίπτωση πρώτη⁴:

Η VF, μια χρόνια ψυχικά άρρωστη γυναίκα, νοσηλεύτηκε ως ανίκανο άτομο σε μονάδα ψυχικής υγείας μακροχρόνιας φροντίδας και εικαζόταν πως έχει ιστορικό προδιάθεσης ως προς την επιπόλαιη σεξουαλική συμπεριφορά. Ενώ νοσηλευόταν, συνέλαβε ένα παιδί με έναν άλλο ασθενή και γέννησε ένα αγόρι, τον RF. Δεδομένου ότι η εγκυμοσύνη δεν είχε ανιχνευθεί παρά μόλις δύο μήνες πριν τον τοκετό, η VF όχι μόνο δεν είχε την ευκαιρία να εξετάσει το ενδεχόμενο διακοπής της εγκυμοσύνης, αλλά και δεν της προσφέρθηκε καμία προγεννητική φροντίδα. Το παιδί γεννήθηκε υγιές, αλλά η VF και ο RF μήνυσαν την ψυχιατρική μονάδα, τους θεράποντες γιατρούς και τον δημόσιο κηδεμόνα της μητέρας, υποστηρίζοντας ότι η γέννηση του RF οφειλόταν σε αμέλεια εκ μέρους της μονάδας ψυχικής υγείας.

Ερώτηση: Έχει η VF το δικαίωμα στη σεξουαλική αυτονομία, συμπεριλαμβανομένων της σεξουαλικής δραστηριότητας, της αναπαραγωγής και της προγεννητικής φροντίδας μέσα σε ένα ίδρυμα ψυχικής υγείας;

- **ΝΑΙ.** Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με ψυχική ασθένεια θα πρέπει να έχουν όλα τα δικαιώματα που μοιράζονται οι άνθρωποι εν γένει, εκτός εάν τα δικαιώματα αυτά είναι υπό συγκεκριμένο περιορισμό. Το δικαίωμα στη σεξουαλική αυτονομία και το δικαίωμα στην αναπαραγωγή είναι θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι δεν θα πρέπει να

⁴ Η υπόθεση είναι η εξής: Foy v. Greenblott, 190 Cal. Rptr. 84 (Ct. App. 1983).

εμποδίζονται από την άσκησή τους. Η υποχρεωτική αγαμία που επιβάλλεται στα ιδρύματα έρχεται σε αντίθεση με την αυτονομία και τον στόχο της παροχής ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που θα υποστηρίξει την ανάπτυξη της ικανότητας του ασθενή να χρησιμοποιεί την κρίση του σε κοινωνικά περικείμενα, συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου συναισθηματικής και σωματικής οικειότητας.

- ΟΧΙ. Ένας ψυχικά ασθενής άνθρωπος που κρίνεται ανίκανος δεν μπορεί να επιλέξει συνειδητά να συναινέσει έχοντας γνώση όλων των παραμέτρων σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα και την αναπαραγωγή, επομένως οι γιατροί και οι νοσοκόμες θα έπρεπε να έχουν αποτρέψει τη VF από τη συμμετοχή σε σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις.
- ΟΧΙ. Σε έναν ψυχικά ασθενή άνθρωπο δεν θα έπρεπε να επιτρέπεται να έχει σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις μέσα σε μια ψυχιατρική μονάδα, επειδή οι νοσηλευτές και οι γιατροί αισθάνονται άβολα για τη σεξουαλική δραστηριότητα των ασθενών και δεν δύνανται να παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες σχετικά με τη σεξουαλικότητα ή την αντισύλληψη. Επιπλέον, οι σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών σε μια ψυχιατρική μονάδα μπορούν εύκολα να γίνουν αντικείμενο κουτσομπολιού, άγχους, σύγκρουσης και διχασμού, διαταράσσοντας την ανάγκη για ένα θεραπευτικό περιβάλλον ή περιβάλλον κατανόησης που δεν θα προκαλεί συντριπτικό άγχος στους ευάλωτους ασθενείς. Τέλος, η γραμμή μεταξύ αυτόνομης και υποχρεωτικής σεξουαλικής δραστηριότητας σε θεσμικά πλαίσια μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διατηρηθεί.

Συζήτηση:

Οι κανόνες που διέπουν τις σεξουαλικές δραστηριότητες των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι, ως επί το πλείστον, άγραφοι. Υπάρχουν συχνά ασαφείς κατευθυντήριες γραμμές για να καθοριστεί εάν θα πρέπει να επιτρέπεται είτε στους ικανούς είτε στους ανίκανους ασθενείς να έχουν σεξουαλικές επαφές ενώ

νοσπλεύονται. Απουσία επίσημων κατευθυντηρίων γραμμών, οι αποφάσεις σχετικά με το εάν θα επιτραπούν ή θα αποτραπούν οι σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ των νοσπλευόμενων αφήνονται στο νοσπλευτικό προσωπικό και τους κλινικούς γιατρούς των εκάστοτε μονάδων. Λόγω του φόβου πρόκλησης πιθανών συναισθηματικών ή σωματικών βλαβών σε ευάλωτους ασθενείς, λόγω ανησυχίας για πιθανή αντιδικία, ή λόγω υπόρρητης ταύτισης ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος με ένα περιβάλλον αποχής από το σεξ, διάφοροι μηχανισμοί εποπτείας υπάρχουν στην πλειονότητα των ιδρυμάτων, καθιστώντας τις σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις των ασθενών λιγότερο πιθανές να συμβούν. Παράλληλα, ο αντίκτυπος των πολιτικών σχετικά με το συναινετικό σεξ μεταξύ ασθενή με ασθενή, ή ασθενή με επισκέπτη, βάσει της συνολικής λειτουργίας της ψυχιατρικής μονάδας, μπορεί να διαφέρει εξαιτίας της φύσης του πληθυσμού της μονάδας, επί παραδείγματι βραχείας έναντι χρόνιας, λειτουργικότητα υψηλού επιπέδου έναντι λειτουργικότητας χαμηλού επιπέδου, εκούσιας έναντι ακούσιας. Υπάρχουν ελάχιστοι τίτλοι στην επίσημη βιβλιογραφία που να καθοδηγούν τους κλινικούς γιατρούς ως προς την απόφαση σχετικά με το αν οι σεξουαλικές σχέσεις των ψυχιατρικά νοσπλευόμενων ασθενών που αναπτύσσονται μεταξύ τους ή με επισκέπτες μπορεί να είναι θεραπευτικές ή αντιθεραπευτικές.

Όσες μελέτες υπάρχουν σε σχέση με τις πιθανές επιβλαβείς ή ευεργετικές επιπτώσεις της σεξουαλικής δραστηριότητας για τους ψυχιατρικούς ασθενείς σε γενικές γραμμές αγνοούνται. Λαμβάνοντας υπόψη τη δυσφορία του ευρύτερου κοινού (για να μην αναφέρουμε τους κλινικούς γιατρούς και ακόμα κάποιους νοσπλευόμενους ασθενείς) ως προς τη σεξουαλικότητα των σοβαρά ψυχικά ασθενών ατόμων, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι το θέμα της σεξουαλικής δραστηριότητας στους θαλάμους νοσπλείας ήταν και συνεχίζει να είναι θέμα ταμπού, ένα από εκείνα που σπάνια συζητείται ή μελετάται.

Κάτω από το πρίσμα της ιστορίας της ευγονικής και της καταναγκαστικής στείρωσης των ατόμων με σοβαρές διανοητικές διαταραχές (μια ιστορία που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα), το ζήτημα

της σεξουαλικής αυτονομίας και των δικαιωμάτων αναπαραγωγής των ατόμων με ψυχικές ασθένειες είναι σημαντικό να εξεταστεί με προσεκτικό τρόπο.

Ως αποτέλεσμα της έλλειψης ερευνητικών τεκμηρίων σχετικά με τις επιπτώσεις της σεξουαλικής δραστηριότητας σε ψυχιατρικούς ασθενείς και της επικρατούσας δυσφορίας σχετικά με τη σεξουαλικότητα των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, οι συναινετικές σεξουαλικές αλληλεπιδράσεις ατόμων με ψυχική ασθένεια στους θαλάμους των ψυχιατρικών νοσοκομείων σε γενικές γραμμές περιορίζονται αυστηρά. Αυτό επιτυγχάνεται συχνά μέσω εμμέσων μέτρων, όπως ελέγχων, οι οποίοι περιλαμβάνουν ένα μέρος του προσωπικού που αναλαμβάνει να κοιτάζει πού και σε τι κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής, πρακτική που εφαρμόζεται σε πολλές εσωτερικές μονάδες, κάθε 5 με 30 λεπτά για λόγους ασφαλείας, και συχνά συγκεκαλλυμένα, με σκοπό τον περιορισμό των σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών. Το αποτέλεσμα, ωστόσο, παραμένει ίδιο. Οι ασθενείς δεν ενημερώνονται για το αν τους επιτρέπεται να έχουν σεξουαλική επαφή, ενώ μέσα στην ατμόσφαιρα των συχνών ελέγχων δημιουργείται, τελικά, η εντύπωση ότι δεν τους επιτρέπονται τέτοιου είδους ελευθερίες.

Δεν υπάρχουν σαφείς καθολικές νομικές ή ηθικές κατευθυντήριες γραμμές για το ζήτημα της σεξουαλικής αυτονομίας των νοσηλευόμενων ασθενών, αλλά πολλά μπορούν να συναχθούν από τις γενικές οδηγίες για τη φροντίδα των ιδρυματοποιημένων ατόμων. Ένας σημαντικός αριθμός πολιτειών των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής προβλέπει στο καταστατικό του ότι κάθε ιδρυματοποιημένο άτομο έχει δικαίωμα σε εξατομικευμένη θεραπεία υπό τις λιγότερο κατά το δυνατό περιοριστικές συνθήκες και το ίδρυμα θα πρέπει να ελαχιστοποιεί την παρέμβαση στην ατομική αυτονομία του ασθενή, συμπεριλαμβανομένου του ατομικού δικαιώματος στην προσωπική ιδιωτικότητα και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Εάν οι λιγότερο περιοριστικοί όροι, στο μέτρο του δυνατού, πρέπει να εφαρμοστούν και αν το δικαίωμα του ατόμου στην ιδιωτική ζωή και στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις πρέπει να γίνεται σεβαστό, τότε θα πρέπει να επιτρέπονται οι σεξουαλικές

αλληλεπιδράσεις ασθενών που νοσηλεύονται όταν είναι εφικτό και δεν αντενδείκνυται στις ειδικές κλινικές πρακτικές.

Τόσο από κλινικής, όσο και από ηθικής πλευράς, ο κίνδυνος ότι τα ιδρυματοποιημένα άτομα με νοητική υστέρηση μπορεί να εξαναγκάζονται συναισθηματικά σε σεξουαλικές σχέσεις, ειδικά σε ένα περιορισμένο περιβάλλον με εξίσου περιορισμένες επιλογές, πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, όσο και αν αυτή η σκέψη δύναται να μετριαστεί από τη συνειδητοποίηση ότι ο σεξουαλικός εξαναγκασμός εμφανίζεται συχνά μεταξύ ανθρώπων που κατά τα άλλα ασκούν την ελεύθερη επιλογή στον έξω κόσμο. Αυτό περιλαμβάνει φαινόμενα όπως ο “βιασμός στη διάρκεια του ραντεβού” (“date rape”) που διακρίνεται για την υψηλή συχνότητα εκδήλωσης στους κόλπους των εφήβων.

Στην περίπτωση της VF υποστηρίχθηκε ότι οι θεράποντες γιατροί ή ο κηδεμόνας θα έπρεπε να επιβλέπει τις επαφές της με τους άνδρες, προκειμένου να αποτραπούν οι σεξουαλικές επαφές. Το δικαστήριο απέρριψε την πρόταση που ενυπάρχει στο επιχείρημα ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιτρέπεται σε γυναίκα που θεωρείται ανίκανη να γεννήσει παιδί να κάνει σεξ σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Αυτή η στάση θεωρήθηκε ως έκφραση της ευγονικής. Πρέπει οι ψυχικά ασθενείς νοσηλευόμενοι να έχουν τα ίδια νομικά δικαιώματα και τις ευθύνες που εγγυώνται σε όλα τα υπόλοιπα άτομα, εκτός από εκείνα από τα οποία τους στερούνται ρητά; Αν η απάντηση είναι ναι, τότε οι ψυχικά ασθενείς έχουν δικαίωμα στη σεξουαλική δραστηριότητα και αναπαραγωγή, εκτός αν αυτά τα δικαιώματα έχουν για συγκεκριμένους λόγους στερηθεί.

Η VF υποστήριξε, επίσης, ότι δεν της παρασχέθηκαν συμβουλές σχετικά με την αντισύλληψη και τη φαρμακευτική αγωγή, γεγονός που συνέβαλε στο να μείνει έγκυος και να γεννήσει παιδί. Αυτός ο ισχυρισμός αναγνωρίστηκε ως έγκυρος από τα δικαστήρια, υπονοώντας ότι οι εγκαταστάσεις εσωτερικών ασθενών αναμένεται να παρέχουν επιλογές αντισύλληψης στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Ωστόσο, η άρνηση της σεξουαλικότητας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, συμβάλλει στη συνεχιζόμενη απαγόρευση της αντισύλληψης σε πολλούς ψυχικά ασθενείς που νοσηλεύονται στο

νοσοκομείο. Σε καμία από τις εσωτερικές μονάδες και σε καμία συγκεκριμένη κρατική εγκατάσταση στη Νέα Υόρκη δεν ήταν διαθέσιμα τα προφυλακτικά στους ασθενείς. Οι ψυχίατροι δεν είναι ειδικοί στην αντισύλληψη, ωστόσο, ορισμένες μορφές αντισύλληψης, όπως τα προφυλακτικά, είναι απλές στη χρήση και σχετικά απαλλαγμένες από πιθανές αρνητικές παρενέργειες. Επιπλέον, η χρήση προφυλακτικού παρέχει προστασία από την εξάπλωση των ΣΜΝ, και, το πιο σημαντικό, μειώνει τον κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό HIV. Πρέπει στις μονάδες εσωτερικών ασθενών να διανέμονται τακτικά προφυλακτικά; Πρέπει τα προφυλακτικά να παρέχονται στις εσωτερικές μονάδες ή μόνο όταν οι ασθενείς φεύγουν από το νοσοκομείο με πάσο;

Ένα ακόμα ζήτημα που τέθηκε από την υπόθεση της VF ήταν το δικαίωμα να υπάρχει έγκαιρη ανίχνευση της εγκυμοσύνης, έτσι ώστε η άμβλωση να μπορεί να εξεταστεί ως δυνατότητα, ή για να έχει παρασχεθεί προγεννητική φροντίδα. Το γεγονός ότι στην περίπτωση της VF η εγκυμοσύνη δεν εντοπίστηκε μέχρι τις δύο εβδομάδες πριν τον τοκετό εγείρει ζητήματα κλινικής επάρκειας των γιατρών της. Η καθυστέρηση στην ανίχνευση της εγκυμοσύνης, επίσης, αντανακλά την επικρατούσα στάση άρνησης απέναντι στη σεξουαλική δραστηριότητα σε ιδυματοποιημένους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές. Το παιδί της VF γεννήθηκε χωρίς μείζονα ελαττώματα, ωστόσο η απουσία προγεννητικής φροντίδας ελλοχεύει αρκετούς κινδύνους. Η καθυστερημένη ανίχνευση της εγκυμοσύνης εξάλειψε, επίσης, την επιλογή της ασθενούς να διακόψει την εγκυμοσύνη. Από τη στιγμή που η VF δεν ήταν ικανή να λάβει η ίδια ιατρικού τύπου αποφάσεις για τον εαυτό της, η απόφαση για έναν πιθανό τερματισμό της κύησης θα είχε ληφθεί από τον κηδεμόνα της. Η άμβλωση είναι μια εξαιρετικά φορτισμένη πράξη για όσους δεν είναι ψυχικά ασθενείς, αλλά σε έναν θεσμοθετημένα αναρμόδιο νοσηλευόμενο το ζήτημα γίνεται ακόμα πιο περίπλοκο. Θα πρέπει οι νόμιμοι κηδεμόνες των ασθενών με ψυχική διαταραχή να έχουν την ίδια δυνατότητα λήψης αποφάσεων σχετικά με τα ζητήματα αναπαραγωγής, όπως για όλες τις άλλες ιατρικές ερωτήσεις; Και τι ισχύει για τις αποφάσεις σχετικά με τις διαδικα-

σίες στείρωσης των ψυχικά ασθενών νοσηλευόμενων;

Αναμφίβολα, οι νοσηλευόμενοι θα πρέπει να προστατεύονται από σεξουαλικές επιθέσεις και οι σεξουαλικές επαφές μεταξύ ασθενών και μελών του προσωπικού πρέπει να απαγορεύονται βάσει σαφών οδηγιών· οι λιγότερο περιοριστικοί όροι και η ελάχιστη παρέμβαση στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις δεν περιλαμβάνουν, φυσικά, τις σχέσεις με τα μέλη του νοσοκομειακού προσωπικού, καθώς ο κίνδυνος σεξουαλικής εκμετάλλευσης είναι ιδιαίτερα υψηλός σε σχέσεις εξάρτησης και εξουσίας, όπως εκείνες που αναπτύσσονται μεταξύ προσωπικού και νοσηλευόμενων. Το ανεπαρκώς επιλεγμένο, εκπαιδευμένο και εποπτευόμενο προσωπικό είναι ιδιαίτερα επιρρεπές στη σεξουαλική εκμετάλλευση ασθενών, καθώς και σε άλλες μορφές κακοποίησης και παραμέλησης. Οι επαγγελματικοί κώδικες δεοντολογίας στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά και αλλού, απαγορεύουν τις σεξουαλικές επαφές μεταξύ κλινικών γιατρών και ασθενών. Αυτή η απαγόρευση έχει σκοπό την προστασία του ασθενή από αυτού του τύπου τη σεξουαλική δραστηριότητα που λαμβάνει χώρα στο πλαίσιο μιας σχέσης με ξεκάθαρη ανισότητα στην εξουσία και την προσωπική γνώση, και στην οποία ο φροντιστής έχει καθήκον καταπίστευσης να ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενή και όχι προς το συμφέρον του ίδιου. Ωστόσο, η απλή ευαισθητοποίηση ή οι δημόσιες αναρτήσεις των κωδίκων δεοντολογίας δεν υποκαθιστούν τη σωστή επιλογή προσωπικού, την εκπαίδευση και την εποπτεία.

Οι σεξουαλικές επαφές που μπορεί να έχει ένας ασθενής περιορίζονται, αναγκαστικά, σε εκείνες με άλλους ασθενείς ή με επισκέπτες του ίδιου. Ένα αρκετά επικίνδυνο επιχείρημα πολιτικής θα μπορούσε να τεθεί, πως η διαχείριση και επιβολή ενός κανόνα που αποτρέπει οποιαδήποτε σεξουαλική δραστηριότητα στις μονάδες νοσηλείας είναι ευκολότερο να συμβεί. Εντούτοις, ένα τέτοιο επιχείρημα θα έπρεπε να εξισορροπηθεί από την ατομική αυτονομία του ασθενή και την εξέταση της πιθανής συναίνεσης έχοντας γνώση όλων των παραμέτρων, από κοινού με το ερώτημα σχετικά με το τι συνιστά το καλύτερο θεραπευτικό περιβάλλον. Η ίδια η αυτονομία δεν είναι μια αυτονόητη έννοια, ενώ η έννοια

της σεξουαλικής αυτονομίας εξαρτάται ακόμα περισσότερο από το άτομο και το περικείμενο. Τι ορίζεται, ωστόσο, ως σεξουαλική αυτονομία για έναν μεμονωμένο ασθενή είναι ένα θέμα που πρέπει να ερευνηθεί περαιτέρω και όχι να γίνει αντικείμενο υποθέσεων. Οι ασθενείς σε απόγνωση που αναζητούν την επιβεβαίωση του εαυτού τους μέσω της ψυχαναγκαστικής σεξουαλικότητας δεν μπορούμε πλέον να λέμε ότι είναι σεξουαλικά πιο αυτόνομοι από τους ασθενείς που λόγω του συντριπτικού αισθήματος φόβου που νιώθουν απομονώνονται και αποφεύγουν την οικειότητα, καλύπτοντας τον εαυτό τους πίσω από μια ψυχαναγκαστικού τύπου αγαμία. Η ζωντάνια, η ποικιλία, η διαμάχη και η πολυπλοκότητα των ερωτημάτων που στο παρελθόν παραμελήθηκαν, πρέπει σήμερα να αντιμετωπιστούν και να διανοιχτούν σε αυτόν τον τομέα και σε ατρόμητους ερευνητές ψυχικής υγείας, δικαίου και ηθικής που είναι έτοιμοι να αναλάβουν απαιτητικές αναλύσεις ατομικών και οργανωσιακών περιπτώσεων, καθώς και εμπειρική έρευνα.

2. Άρνηση παροχής προφυλακτικών σε κρατούμενους ασθενείς

Περίπτωση δεύτερη⁵:

Ο RH ήταν κρατούμενος σε νοσοκομείο υψίστης ασφαλείας, το οποίο είχε μεγάλο αριθμό ασθενών μακράς διαμονής και κρατούσε τους ασθενείς σε θαλάμους χωρισμένους ανάλογα με το φύλο, μην επιτρέποντας σε αυτούς να έχουν σεξουαλική επαφή (είτε με τη μορφή συζυγικών επισκέψεων, είτε ως αποτέλεσμα σχέσεων μεταξύ των ασθενών), και η μορφή του καθεστώτος, στο οποίο υποβάλλονταν οι ασθενείς, θεωρητικά περιλάμβανε διάφορα επίπεδα επιτήρησης που θα τους εμποδίζαν από το να αναπτύξουν σεξουαλικές σχέσεις μεταξύ τους. Επιπλέον, απαγορευόταν η πρόσβαση των ασθενών σε προφυλακτικά: δεν τους επιτρεπόταν να αποκτήσουν δικά τους, ούτε μπορούσαν να συνταγογραφηθούν από το ιατρικό προσωπικό, ή να προσφερθούν με κάποιον άλλο τρόπο. Ο RH αμφισβήτησε τη συγκεκριμένη πολιτική, αναφέροντας, σχετικά με τον σεξουαλικό του προσανατολισμό, ότι ήταν ομοφυλόφιλος, ότι ορισμένοι ασθενείς είχαν πράγματι σεξουαλικές επαφές μεταξύ τους παρά την πολιτική του νοσοκομείου, και η αποτροπή του από τη χρήση προφυλακτικών σήμαινε πως η ζωή και η σωματική του ακεραιότητα έχουν τεθεί σε κίνδυνο επειδή δεν μπορούσε να ακολουθήσει τις πρακτικές ασφαλούς σεξ.

Ερώτηση: Πρέπει να παρέχονται προφυλακτικά σε ασθενή που νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική όπου οι σεξουαλικές σχέσεις απαγορεύονται;

- ΝΑΙ. Ακόμα και αν η σεξουαλική επαφή επίσημα δεν επιτρέπεται, στην περίπτωση που λάβει χώρα, θα πρέπει να παρέχονται στους ασθενείς προφυλακτικά για να είναι δυνατή η ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα.
- ΝΑΙ. Οι σεξουαλικές σχέσεις αποτελούν ένα ουσιαστικό δικαί-

⁵ Η περίπτωση βασίζεται στην υπόθεση R (RH) v. Ashworth Hospital Authority [2001] Mental Health Law Reports 241.

ωμα και το ψυχικό ίδρυμα δεν θα πρέπει να τις απαγορεύει ή να εμποδίζει την πρόσβαση των ασθενών σε προφυλακτικά.

- ΟΧΙ. Ένα ίδρυμα ψυχικής υγείας μπορεί να απαγορεύσει τις σεξουαλικές επαφές μεταξύ ασθενών και η παροχή προφυλακτικών θα υπονόμει τη συγκεκριμένη πολιτική.

Συζήτηση:

Το αποτέλεσμα της δίκης:

Ο RH έχασε τη δίκη· ο δικαστής δέχτηκε ικανοποιητικές αποδείξεις από το νοσοκομείο για το γεγονός ότι ήταν απίθανο να έχει λάβει χώρα σεξουαλική δραστηριότητα και ότι, σε κάθε περίπτωση, ο κίνδυνος που υπήρχε ήταν περιορισμένος, επειδή μόνο ένας πολύ μικρός αριθμός ασθενών είχε μια σεξουαλικά μεταδιδόμενη ασθένεια. Αποδέχτηκε, επίσης, ότι η πολιτική απαγόρευσης του σεξ ήταν νόμιμη υπό το φως του γεγονότος ότι ένας μεγάλος αριθμός ασθενών στο νοσοκομείο ήταν δράστες σεξουαλικών αδικημάτων ή θύματα σεξουαλικής κακοποίησης (και, σε μερικές περιπτώσεις, ήταν και τα δύο ταυτόχρονα). Ως αποτέλεσμα, διαπίστωσε ότι το να επιτρέπονται οι σεξουαλικές σχέσεις θα μπορούσε να έχει επίπτωση στις προοπτικές της θεραπείας και πως η παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, από κοινού με τη δυναμική ανάπτυξη ενός κλίματος εκφοβισμού, θα μπορούσε να αποδειχτεί επικίνδυνη, απαιτώντας υψηλά επίπεδα επιτήρησης. Τέτοια επίπεδα επιτήρησης θα ήταν ασυνηθιά, καθώς ενώ θα επέτρεπαν την άσκηση της ιδιωτικής ζωής, ως προς τις σεξουαλικές επαφές, θα υπονόμειαν το απόρρητο που απαιτείται για τη συναισθηματική οικειότητα και την αυτο-ένταξη του ατόμου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Το αν για τον εκάστοτε ασθενή η σεξουαλική οικειότητα είναι κάτι που έχει επιλεχθεί ελεύθερα ή είναι αποτέλεσμα ψυχαναγκασμού, το αν μπορεί να βοηθήσει ή να καταστεί εμπόδιο στην αυτο-ένταξη είναι διαφορετικά ερωτήματα που χρειάζεται να διερευνηθούν, παρότι όταν τα υποκείμενα της έρευνας είναι ασθενείς σε βαθύ πόνο και απόγνωση η έρευνα δυσκολεύει.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η υπόθεση ήταν μια από εκείνες στις οποίες το κύριο ερώτημα ήταν εάν το νοσοκομείο, ως το όργανο που έπρεπε να λάβει μια απόφαση και που είχε πρόσβαση σε όλα τα σχετικά γεγονότα, είχε καταλήξει σε μια απόφαση νόμιμα: ο δικαστής εμπλέκεται με τη σειρά του, ρωτώντας εάν η απόφαση που λήφθηκε εμπίπτει στο πλαίσιο της διακριτικής ευχέρειας του νοσοκομείου. Δεν ήταν το ίδιο με την προσφυγή κατά της απόφασης, όταν ο ή η δικαστής θα έπαιρνε την απόφαση σχετικά με τα αποδεικτικά στοιχεία που σχετίζονται με το ουσιαστικό ερώτημα, αλλά πρόκειται για μια επανεξέταση του κατά πόσο το άτομο που έλαβε την απόφαση είχε ενεργήσει σωστά. Πρέπει, επίσης, να σημειωθεί ότι οι δικηγόροι του RH δεν αμφισβήτησαν την πολιτική αποτροπής των σεξουαλικών επαφών: η υπόθεσή του, μάλλον, βασίστηκε στην πρόταση ότι ήταν μια πολιτική που δεν απέτρεπε ακριβώς τις σεξουαλικές σχέσεις (ή τις σεξουαλικές επαφές), και, επομένως, θα έπρεπε να εφαρμοστεί διαφορετική πολιτική όσον αφορά τη διανομή προφυλακτικών.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Το ερώτημα που βρίσκεται πίσω από την απόφαση του νοσοκομείου αναδεικνύει μια σειρά από σημαντικά ζητήματα. Αρχικά, το ζήτημα των σεξουαλικών σχέσεων: πολλοί θα έβλεπαν την ικανότητα συμμετοχής σε σεξουαλικές δραστηριότητες ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Το περικείμενο, ασφαλώς, είναι ότι αυτό αφορά ασθενείς σε νοσοκομείο, όχι κρατούμενους που εκτίουν κάποιου είδους ποινή στον χώρο της φυλακής, όπου μπορεί να γίνει πιο εύκολα αποδεκτή η απώλεια του δικαιώματος συμμετοχής σε σεξουαλική δραστηριότητα ως μέρος ενός καθεστώτος που πρέπει να ισχύει (αν και αξίζει να σημειωθεί ότι σε πολλές φυλακές επιτρέπονται οι συζυγικές επισκέψεις). Ταυτόχρονα, οποιαδήποτε σεξουαλική σχέση θα πρέπει να συντελείται σε μια πλήρως συναινετική βάση, προκειμένου να αποφευχθεί τυχόν κίνδυνος κακοποίησης. Τρίτον, υπάρχουν εύλογες ανησυχίες για την ασφάλεια, τόσο των επισκεπτών (όσο και αναφορικά με το ενδεχόμενο λα-

θρεμπορίου), όσο και στο κατά πόσο οι ασθενείς που απαιτούν υψηλά επίπεδα ασφάλειας μπορούν να τύχουν ιδιωτικότητας.

Η δικαστική υπόθεση δεν εξέτασε το ζήτημα της ορθότητας της επίλυσης αυτών των εντάσεων μέσω της ύπαρξης μιας γενικής πολιτικής απαγόρευσης των σεξουαλικών συναντήσεων ή σχέσεων, επειδή οι δικηγόροι του RH δεν αμφισβήτησαν τη δεδομένη πολιτική. Αυτό είναι κατανοητό, καθώς υπάρχουν ορισμένα ζητήματα τα οποία δεν είναι κατάλληλα να προσδιοριστούν μέσω της διαδικασίας της αγωγής. Ποια είναι λοιπόν τα ζητήματα πίσω από την ερώτηση; Όπως σημειώθηκε, υπάρχουν στόχοι που μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση: το βασικό δικαίωμα για συναινετικές σεξουαλικές σχέσεις και οι ανησυχίες για την ασφάλεια. Το ερώτημα εάν οι σεξουαλικές συναντήσεις είναι συναινετικές μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό εάν, όπως συνέβη σε αυτό το νοσοκομείο, και όπως μπορεί να συμβαίνει σε πολλά ασφαλή νοσοκομεία, υπάρχουν ασθενείς που έχουν εμπλακεί σε σεξουαλικές παραβάσεις ως επιτιθέμενοι ή/και ως θύματα.

Δικαιολογείται, όμως, με αυτόν τον τρόπο η πλήρης απαγόρευση των σεξουαλικών σχέσεων ή δικαιολογεί τη θέσπιση πολιτικών που επιτρέπουν αφ' ενός τις συζυγικές επισκέψεις μαζί με τους κατάλληλους ελέγχους ασφαλείας πριν και μετά την επίσκεψη (για την αντιμετώπιση των κινδύνων εισροής λαθραίων αντικειμένων), αφ' ετέρου τις συναινετικές σχέσεις μεταξύ ασθενών, αλλά με διασφαλίσεις και παρακολούθηση για να διασφαλιστεί ότι είναι πραγματικά συναινετικές και ότι η συμπεριφορά εκφοβισμού, καθώς και παρόμοιες συμπεριφορές, δεν εξαναγκάζει τους ασθενείς σε καταστάσεις που δεν είναι συναινετικές. Με άλλα λόγια, είναι η πλήρης απαγόρευση η ενδεδειγμένη λύση στις εντάσεις μεταξύ των διαφορετικών στόχων που σχετίζονται με το θέμα μέσα από το πρίσμα της ασφαλούς λειτουργίας τόσο του ιδρύματος, όσο και του πληθυσμού των ασθενών;

Περνώντας, στη συνέχεια, στο ξεχωριστό ερώτημα του εάν πρέπει να παρέχονται προφυλακτικά, ο δικαστής σημείωσε ότι μια απλή πολιτική χωρίς εξαιρέσεις θα ήταν η κατάλληλη, καθώς δεν θα έθετε το προσωπικό στη θέση να εξετάσει το εάν θα έπρεπε ή

όχι να προβούν σε ενέργειες που θα είναι ασυνεπείς με την πολιτική της απαγόρευσης του σεξ. Είναι αυτή μια λογική προσέγγιση; Το ότι κάτι απαγορεύεται δεν σημαίνει ότι δεν συμβαίνει· τα στοιχεία, βέβαια, του νοσοκομείου έδειχναν ότι είναι απίθανο να συμβεί και ότι υπάρχει στενή παρακολούθηση από το προσωπικό. Εντούτοις, η στενή παρατήρηση υποδηλώνει ότι υπάρχει κίνδυνος και στην περίπτωση που υπάρχει κίνδυνος, τότε είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δύο στοιχεία αξιολογούνται συνήθως, προκειμένου να αποφασίσουμε πώς να ανταποκριθούμε σε έναν κίνδυνο: το ένα είναι η σοβαρότητα της συνέπειας και το άλλο η πιθανότητα να συμβεί. Επομένως, ένας σχετικά μικρός κίνδυνος ιδιαίτερα σοβαρών συνεπειών μπορεί να απαιτεί την λήψη πρακτικών μέτρων για την αποφυγή του και, έτσι, ο μικρός κίνδυνος ότι θα υπάρξει σεξουαλική δραστηριότητα χωρίς προφυλάξεις, αν λάβουμε υπόψη τις πιθανές συνέπειες αυτής, θα πρέπει ίσως να αποφευχθεί μέσω του πρακτικού μέτρου της διάθεσης προφυλακτικών.

B. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Φαρμακευτική αγωγή

Περίπτωση:

Η κυρία R είναι μια γυναίκα 29 ετών, παντρεμένη με δύο μικρά παιδιά, η οποία βιώνει συμπτώματα κατάθλιψης μετά από μια πρόσφατη αποβολή. Για αρκετές εβδομάδες περνούσε τις περισσότερες μέρες της στο κρεβάτι, κλαίγοντας κατά διαστήματα και εκφράζοντας ελάχιστο ενδιαφέρον για τον έξω κόσμο. Πριν από την αποβολή, ήταν νοικοκυρά και μητέρα πλήρους απασχόλησης, αλλά από τότε που ξεκίνησε η κατάθλιψη, τα μέλη της άμεσης και ευρύτερης οικογένειάς της τη βοηθούσαν εκτενώς στις δουλειές του σπιτιού και στη φροντίδα των παιδιών, καθώς η κυρία R φαίνεται ανίκανη να εκτελέσει τα συγκεκριμένα καθήκοντα.

Πριν λίγες μέρες, η κυρία R νοσηλεύτηκε λόγω σωματικών επιπλοκών που σχετιζονταν με την αποβολή της. Κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης με τον σύζυγο της κυρίας R και με άλλα μέλη της οικογένειάς της, ο γιατρός της ενημερώθηκε για την πρόσφατη ψυχική της κατάσταση και την παρέπεμψε σε έναν ψυχίατρο για να αξιολογήσει και εκείνος την κατάσταση· η αξιολόγηση επιβεβαίωσε την παρουσία κλινικής κατάθλιψης. Όταν ρωτήθηκε για σκέψεις αυτοκτονίας, ωστόσο, η κυρία R εμφανίστηκε σοκαρισμένη και είπε στον ψυχίατρο ότι δεν θα μπορούσε ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό της, αφού δεν θα μπορούσε ποτέ να αφήσει τα δύο της παιδιά χωρίς μητέρα. Η οικογένεια της κυρίας R, σε μια ιδιωτική διαβούλευση, ζήτησε από τον ψυχίατρο να συνταγογραφήσει ένα αντικαταθλιπτικό για να βοηθήσει την κυρία R «να ανακτήσει τον προηγούμενο εαυτό της και να φροντίσει την οικογένειά της». Η κυρία R δεν θέλει να πάρει φάρμακα, λέγοντας ότι χρειάζεται απλώς «χρόνο» για να αντιμετωπίσει τα έντονα συναισθήματα απώλειας, η οικογένειά της, όμως, ανησυχεί για τον αντίκτυπο που μπορεί να έχει αυτό το παρατεταμένο πένθος στα δύο παιδιά.

Ερώτηση: Πρέπει ο ψυχίατρος να συμμορφωθεί με τις επιθυμίες της οικογένειας και να χορηγήσει φάρμακα στην κυρία R για την κατάθλιψή της;

- ΝΑΙ. Γιατί η κυρία R είναι κατά τα άλλα ανίκανη να φροντίσει τα δύο της παιδιά.
- ΝΑΙ. Γιατί η κυρία R μπορεί ενδεχομένως να αυτοκτονήσει.
- ΟΧΙ. Επειδή η κυρία R είναι πιθανώς ικανή να αρνηθεί τη θεραπεία.
- ΟΧΙ. Επειδή η κυρία R είναι η μόνη που μπορεί να πάρει την απόφαση για τη φαρμακευτική αγωγή την οποία είναι διατεθειμένη να λάβει.

Παρατηρήσεις:

Χωρίς καμία απόδειξη ότι η κυρία R είναι άμεσα επικίνδυνη για την ίδια ή για τα παιδιά της, δεν υπάρχει καμία βάση για να της χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή παρά τη θέλησή της. Και ενώ η κατάθλιψη της κυρίας R έχει σαφώς αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής της, καθώς και στην ποιότητα της ζωής των παιδιών και της οικογένειάς της, αυτή η κατάσταση δεν δύναται να αναχθεί στο επίπεδο σοβαρής αναπηρίας, κάτι που θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως δικαιολογία για ακούσια θεραπεία. Η οικογένεια της κυρίας R είναι ελεύθερη να συζητήσει τις ανησυχίες της με τον ψυχίατρό της – και ο ψυχίατρος μπορεί να συζητήσει τη φροντίδα της με την οικογένεια, με την άδεια της κυρίας R, αλλά η οικογένεια δεν μπορεί να υπαγορεύσει την πορεία της θεραπείας.

Βάσει των διαθέσιμων πληροφοριών, δεν υπάρχει τίποτα που να υποδηλώνει ότι η κυρία R είναι αναρμόδια να λάβει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία της, καθώς έχει δηλώσει ξεκάθαρα ότι χρειάζεται χρόνο για να ανταπεξέλθει στην απώλεια της. Η πρόσφατη αποβολή υποδηλώνει περαιτέρω ότι η κατάθλιψή της είναι αντιδραστική και βασίζεται στη θλίψη, και άρα μπορεί να υπάρχουν άλλες μορφές θεραπείας· οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, όπως η ατομική θεραπεία, η οικογενειακή συμβουλευτική και/ή

οι ομάδες υποστήριξης είναι λιγότερο περιοριστικές εναλλακτικές μορφές θεραπείας και, ως εκ τούτου, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη πρώτες. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να υποβληθεί σε θεραπεία στο λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον και με τη λιγότερο περιοριστική ή παρεμβατική μέθοδο, την κατάλληλη για τις ανάγκες υγείας του ασθενούς και για την ανάγκη προστασίας της σωματικής ασφάλειας των άλλων.⁶

⁶ *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (Αρχή 11), Εγκρίθηκε με το ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991.

2. Περιορισμοί

Ο κύριος Η είναι ένας 68χρονος χήρος που ζούσε σε μονάδα εκτεταμένης φροντίδας τον τελευταίο χρόνο, καθώς δεν μπορούσε να φροντίσει τον εαυτό του μόνος του στο σπίτι. Έχει διαγνωστεί με διπολική διαταραχή και το νοσηλευτικό προσωπικό του αρχίζει να υποψιάζεται ότι ο κ. Η έχει επίσης κάποιο είδος άνοιας. Η διπολική διαταραχή ήταν δύσκολο να αντιμετωπιστεί, καθώς ο κ. Η δεν μπορεί να πάρει λίθιο λόγω ιστορικού νεφρικών προβλημάτων. Όντας καπνιστής, ο κ. Η αρέσκειται να περνάει μεγάλο μέρος του ελεύθερου χρόνου του στο χώρο της εγκατάστασης, καπνίζοντας τα τσιγάρα του και μιλώντας με τους υπόλοιπους. Ωστόσο, οι πρόσφατες αυξήσεις στα επίπεδα ταραχής και αποηροσανατολισμού του έχουν εγείρει ανησυχίες σχετικά με την πιθανότητα ο ίδιος να περιπλανηθεί μακριά από τις εγκαταστάσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εφαρμοστεί μια πολιτική που δεν επιτρέπει στον κ. Η να βγαίνει σε εξωτερικούς χώρους παρά μόνο εάν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού.

Λόγω των πρόσφατων ελλείψεων προσωπικού, ο κ. Η καλείται συχνά να περιμένει προκειμένου να βγει έξω για το τσιγάρο του. Ένα πρωί, την περασμένη εβδομάδα, πλησίασε επανειλημμένα το γραφείο των νοσοκόμων, ζητώντας να βγει έξω για να καπνίσει. Του ζητήθηκε να περιμένει μέχρι να γίνει διαθέσιμο ένα μέλος του προσωπικού. Ο κ. Η γινόταν ολοένα και πιο ταραγμένος καθώς έκανε υπομονή όλο το πρωί. Οι απαιτήσεις του να βγει έξω έγιναν πιο έντονες και επιθετικές, με αποτέλεσμα να του ζητηθεί να απομακρυνθεί από το γραφείο. Όταν αρνήθηκε να το κάνει, ουρλιάζοντας αισχρότητες στη νοσοκόμα που βρίσκονταν στην υπηρεσία, κλήθηκε ένας νοσοκόμος, τον οποίο ο κ. Η χτύπησε καθώς πλησίαζε, λόγω της ταραγμένης του κατάστασης. Κλήθηκε ο εφημερεύων ψυχίατρος και δόθηκε εντολή στον κ. Η να τεθεί υπό περιορισμό μέχρι να ηρεμήσει, κάτι που απαιτούσε τη συμβολή κάθε μέλους του προσωπικού που ήταν διαθέσιμο. Εκείνος συνέχισε να ουρλιάζει, ώσπου μπήκε ένα μέλος του προσωπικού για να ελέγξει την κατάστασή του και τον ρώτησε αν θα ηρεμού-

σε για ένα τσιγάρο. Ο κ. Η απάντησε θυμωμένος και απειλητικά. Ωστόσο, την τρίτη φορά που το μέλος του προσωπικού μπήκε στο δωμάτιο για να τον ελέγξει, ο κ. Η ζήτησε να αφεθεί ελεύθερος και υποσχέθηκε ότι θα «είναι φρόνιμος» εάν μπορούσε «να βγει για καπνό». Οι περιορισμοί αφαιρέθηκαν – με την έγκριση του ψυχιάτρου – όταν ο κ. Η εμφανίστηκε σημαντικά πιο ήρεμος και ορθολογικός. Το μέλος του προσωπικού συνόδευσε τον κ. Η σε εξωτερικούς χώρους για να καπνίσει και η μέρα εξελίχθηκε χωρίς άλλα επεισόδια.

Ερώτηση: Για να διασφαλιστεί ότι το προσωπικό θα είναι προετοιμασμένο κατάλληλα για τέτοιες περιστάσεις στο μέλλον – ιδιαίτερα αναφορικά με την έλλειψη προσωπικού στην εγκατάσταση – θα πρέπει ο ψυχίατρος να γράψει μια πάγια εντολή για περιορισμούς στο διάγραμμα του κ. Η;

- ΝΑΙ. Χρειάζεται να διασφαλιστεί η ασφάλεια του προσωπικού και να αποτραπεί η κλιμάκωση της συμπεριφοράς του κ. Η.
- ΟΧΙ. Γιατί κάθε περιστατικό θα πρέπει να αξιολογείται ατομικά και προσωπικά από τον ψυχίατρο.
- ΟΧΙ. Επειδή η χρήση περιορισμών σε τέτοιες περιπτώσεις είναι ακατάλληλη.

Παρατηρήσεις:

Στο βαθμό που γίνεται κάποτε η χρήση σωματικών περιορισμών, τότε εκείνοι θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις επίσημα εγκεκριμένες διαδικασίες της μονάδας ψυχικής υγείας και μόνο όταν είναι το τελευταίο διαθέσιμο μέσο για την αποτροπή της άμεσης ή επικείμενης βλάβης στον ασθενή ή σε άλλους.⁷

Αυτές οι διαδικασίες περιορισμού πρέπει να συμμορφώνονται με την ισχύουσα νομοθεσία, καθώς και με τα επαγγελματικά,

⁷ *Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care* (Αρχή 11). Εγκρίθηκε με το ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών της 17ης Δεκεμβρίου 1991.

τα ηθικά και τα πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η λεγόμενη «πάγια εντολή» για περιορισμούς δεν επιτρέπεται, καθώς η ανάγκη για περιορισμούς πρέπει να προσδιορίζεται κατά περίπτωση από τον εξουσιοδοτημένο ψυχίατρο.

Ωστόσο, η χρήση περιορισμών στην περίπτωση του κ. Η ήταν προβληματική για περισσότερους λόγους. Η κλιμάκωση της κατάστασης επιταχύνθηκε από τον περιορισμό του καπνίσματος του κ. Η και την έλλειψη προσωπικού. Ως εκ τούτου, το περιστατικό είναι πιθανό να επαναληφθεί, άρα οι περιορισμοί δεν είναι η κατάλληλη λύση στο πρόβλημα. Ο θεράπων ψυχίατρος και το προσωπικό άμεσης φροντίδας πρέπει να βρουν έναν τρόπο για να διασφαλίσουν ότι ο κ. Η μπορεί να περνά χρόνο με ασφάλεια σε εξωτερικούς χώρους, εντός των ρεαλιστικών περιορισμών του χρόνου και της διαθεσιμότητας του προσωπικού. Η έλλειψη προσωπικού είναι διοικητικό ζήτημα και τα προβλήματα που προκύπτουν από μια τέτοια έλλειψη δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με βίαιες παρεμβάσεις και περιορισμούς.

Γ. ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Περίπτωση:

Η κυρία L είναι μια 38χρονη γυναίκα που διαγνώστηκε με σχιζοφρένεια σχεδόν 15 χρόνια πριν.⁸ Σε αυτό το διάστημα, είχε νοσηλευτεί μόνο δύο φορές, σε μεγάλο βαθμό, ίσως, λόγω της υποστήριξης της μητέρας της, με την οποία ανέκαθεν ζούσε. Ωστόσο, η μητέρα της κυρίας L διαγνώστηκε με καρκίνο του πνεύμονα πριν από τέσσερις μήνες και πέθανε μέσα σε λιγότερο από έξι εβδομάδες μετά. Η ψυχική κατάσταση της κυρίας L επιδεινώθηκε γρήγορα μετά το θάνατο της μητέρας της και εισήχθη οικειοθελώς στην ψυχιατρική μονάδα του τοπικού της νοσοκομείου. Μέσω της προσεκτικής προσαρμογής της φαρμακευτικής αγωγής της και των δομημένων θεραπευτικών συνεδριών, τα συμπτώματά της σχιζοφρένειας της σταθεροποιήθηκαν μέσα σε λίγες εβδομάδες και η ψυχική κατάσταση της κυρίας L βελτιώθηκε σημαντικά. Παρότι ο θεράπων ψυχίατρός της σημείωσε ότι η κυρία L ήταν έτοιμη για εξιτήριο και ότι η σχιζοφρένεια της θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί κατάλληλα σε ένα κοινωνικό περιβάλλον, ένα χρόνο αργότερα, η κα L εξακολουθεί να μένει στην ψυχιατρική μονάδα, καθώς είναι δύσκολο να την τοποθετήσουν στην κοινότητα. Η κυρία L φαίνεται ικανοποιημένη με τη ρύθμιση, απολαμβάνει την καθημερινότητά της και αποκαλεί το νοσοκομείο «σπίτι».

Ερώτηση: Σε ποιες ενέργειες, εάν υπάρχουν, πρέπει να προβεί ο θεράπων ψυχίατρος της κυρίας L;

- Σε καμία, εφόσον υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι και εκείνη μπορεί να συνεχίσει την παραμονή της στην ψυχιατρική μονάδα.
- Σε καμία, εφόσον η κυρία L εμφανίζεται ικανοποιημένη και παραμένει οικειοθελώς στην ψυχιατρική μονάδα.
- Η κυρία L θα πρέπει να πάρει εξιτήριο το συντομότερο δυνατό.

⁸ Αυτή η περίπτωση βασίζεται ελαφρώς στα γεγονότα της υπόθεσης *Olmstead v. L.C.*, 527 U.S. 581 (1999).

Παρατηρήσεις:

Η πρόσβαση στην κοινοτική περίθαλψη μπορεί να είναι περιορισμένη, αλλά οι θεράποντες γιατροί σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα εσωτερικών ασθενών και σε άλλα ιδρύματα νοσηλείας πρέπει να αναζητούν ενεργά τέτοιους χώρους για άτομα που δεν χρειάζονται εσωτερική ή ιδρυματική νοσηλεία. Άτομα που μπορούν να ζουν σε κοινοτικά περιβάλλοντα θα πρέπει να παίρνουν με ασφάλεια το εξιτήριο για να μεταβούν σε τέτοια περιβάλλοντα, όπου οι ανάγκες τους μπορούν να καλυφθούν στο λιγότερο περιοριστικό θεραπευτικό περιβάλλον.

Η αδικαιολόγητη ιδρυματική απομόνωση μπορεί κάλλιστα να ισοδυναμεί με αυθαίρετη κράτηση, επαγγελματικό παράπτωμα και ηθική παραβίαση των κατάλληλων προτύπων περίθαλψης. *Οι ψυχίατροι θα πρέπει να βρίσκουν θεραπευτικές παρεμβάσεις που να είναι οι λιγότερο περιοριστικές ως προς την ελευθερία του ασθενούς.*⁹

Η λήψη αποφάσεων εξιτηρίου αποκλειστικά βάσει της διαθεσιμότητας (ή της έλλειψής της) κλινών για νοσηλευόμενους ασθενείς στρεβλώνει μια κλινική απόφαση μετατρέποντάς τη σε διοικητική, ενώ ο εθελοντικός χαρακτήρας της εισαγωγής της κυρίας L και η συνεχιζόμενη συγκατάθεσή της, δεν επαρκούν για να δικαιολογήσουν την πλεονάζουσα νοσηλεία. Επιπλέον, η παρατεταμένη νοσηλεία πιθανότατα να αυξήσει την εξάρτηση της κυρίας L από ένα τέτοιο περιβάλλον, καθιστώντας το μελλοντικό εξιτήριο όλο και πιο δύσκολο με το πέρασμα του χρόνου.

Η απόφαση για εξιτήριο πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλες τις σχετικές κλινικές εκτιμήσεις, συμπεριλαμβανομένων – ενδεικτικά – της ψυχικής κατάστασης της κυρίας L, της ικανότητάς της να φροντίζει τον εαυτό της και της ασφάλειας της ίδιας και των άλλων ατόμων της κοινότητας. Εάν ένας ή περισσότεροι από αυτούς τους παράγοντες δικαιολογούν τη συνεχιζόμενη θεραπεία σε ψυχια-

⁹ Madrid Declaration On Ethical Standards for Psychiatric Practice (Ηθικό Πρότυπο 1). Εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας στις 25 Αυγούστου 1996 και τροποποιήθηκε από τη Γενική Συνέλευση στη Γιοκοχάμα της Ιαπωνίας τον Αύγουστο του 2002.

τρικό περιβάλλον εσωτερικών ασθενών, μόνο τότε θα πρέπει να αποτραπεί από την κυρία L να πάρει εξιτήριο μόλις εντοπιστεί ένα αποδεκτό οικιστικό περιβάλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΔΙΚΟΠΡΑΞΙΑ

Α. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΥ

Περίπτωση πρώτη¹⁰:

Ο κ. C είχε μακρύ ιστορικό σοβαρής ψυχιατρικής ασθένειας. Τοποθετήθηκε σε ξενώνα λόγω των αναγκών του, όπου επιτέθηκε σε συγγάτοικο του και, αφού ενεπλάκη η αστυνομία, κατηγορήθηκε για επίθεση. Το ποινικό δικαστήριο τον προφυλάκισε υπό προσωρινή κράτηση και ελήφθησαν οι απαραίτητες διοικητικές ενέργειες για τη μεταφορά του σε ασφαλές ψυχιατρείο για νοσηλεία. Η ποινική υπόθεση αποσύρθηκε, αλλά ο C παρέμεινε αδιάθετος και τέθηκε υπό πολιτική κράτηση, από την οποία αφέθηκε ελεύθερος όταν η κατάσταση του βελτιώθηκε. Κανονίστηκε για εκείνον νέα διαμονή σε διαφορετική περιοχή και ο σύμβουλός του, με έδρα το νοσοκομείο, συνεννοήθηκε με τον ψυχίατρο της κοινότητας της νέας του περιοχής, τον Δρ. S, προκειμένου ο τελευταίος να τον δει τον επόμενο μήνα· αυτό συνέβη τον Οκτώβριο. Ο C έχασε το ραντεβού. Το γραφείο του Δρ. S του έστειλε μια επιστολή που πρόσφερε ένα επιπλέον ραντεβού έναν μήνα αργότερα, τον Νοέμβριο, το οποίο ο C έχασε επίσης. Ο Δρ. S τηλεφώνησε στον γενικό γιατρό του C για να ζητήσει βοήθεια και για να βεβαιωθεί ότι είχε έρθει κάποιος σε επαφή με τον C. Αφού του είπαν ότι ο C ενεργούσε επιθετικά, ο Δρ. S ζήτησε από την τοπική αρχή να προβεί σε επίσημη αξιολόγηση της κατάστασης της ψυχικής υγείας του C για να διαπιστωθεί εάν χρειαζόταν να τεθεί υπό πολιτική κράτηση. Η τοπική αρχή προχώρησε στις απαραίτητες ρυθμίσεις, αλλά σε μη επείγουσα βάση, παρά τις υποδείξεις του Δρ. S, στο τέλος του Νοεμβρίου. Ο C απέφυγε την ομάδα αξιολόγησης, στην οποία περιλαμβανόταν ο Δρ. S, που παρακολούθησε το κατάλυμά του: βγήκε από το κτίριο όταν έφτασαν, και, καθώς κανένας από αυτούς δεν τον γνώριζε προσωπικά, κανείς τους δεν τον

¹⁰ Αυτή η μελέτη περιπτώσεων βασίζεται στην υπόθεση *Clunis v UK* [2001] *Mental Health Law Reports* 162.

αναγνώρισε, ούτε τον ρώτησε αν ήταν ο C. Έλαβαν χώρα αφ' ενός περαιτέρω προσπάθειες να εδραιωθεί ένα κανάλι επικοινωνίας με τον C, αφ' ετέρου συζητήσεις μεταξύ των επαγγελματιών σχετικά με τη συνεχιζόμενη θεραπεία του, συμπεριλαμβανομένων ζητημάτων όπως η εύρεση ενός ξενώνα που θα ήταν στελεχωμένο με ειδικούς ψυχικής υγείας, αλλά στην πραγματικότητα εκείνος δεν εθεάθη πουθενά. Στις αρχές Δεκεμβρίου, ο C πήγε στα γραφεία κοινωνικών υπηρεσιών και ζήτησε να τον εξετάσουν: του προσφέρθηκε ένα ραντεβού για τις 10 Δεκεμβρίου, αλλά δεν εμφανίστηκε ούτε σε αυτό.

Στα μέσα Δεκεμβρίου, η αστυνομία επικοινωνήσε με τον Δρ. S για να αναφέρει ότι ο C έφερε πάνω του μαχαίρια και μιλούσε με τρόπο που υποδήλωνε ότι ανταποκρινόταν σε παραισθήσεις. Στη συνέχεια, ο Δρ. S επικοινωνήσε ξανά με την ομάδα της τοπικής αρχής και τη συμβούλεψε να αξιολογήσει τον C το συντομότερο δυνατό. Ωστόσο, εκείνο το απόγευμα, ο C σκότωσε έναν άγνωστο, συνελήφθη, κατηγορήθηκε για ανθρωποκτονία και τελικά καταδικάστηκε σε επ' αόριστον κράτηση στο νοσοκομείο για ανθρωποκτονία από πρόθεση, δεδομένης της μειωμένης του ευθύνης για το έγκλημα λόγω της ψυχικής του ασθένειας.¹¹

Ο C άσκησε προσφυγή κατά παραλείψεως, επειδή η κοινωνία δεν του παρείχε επαρκή θεραπεία: η επιχειρηματολογία του στηριζόταν στο γεγονός ότι οι πληροφορίες που ήταν γνωστές γι' αυτόν υποδήλωναν ότι έπρεπε να έχουν ληφθεί πιο επείγοντα μέτρα για να διασφαλιστεί ότι θα παρακολουθούσε ψυχίατρο και ότι αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την τοποθέτησή του στο νοσοκομείο – υποχρεωτικά, αν δεν είχε συναινέσει – και τη θεραπεία· αν είχε γίνει αυτό, δεν θα είχε φτάσει στο σημείο της ανθρωποκτονίας, και ως εκ τούτου δεν θα επωμιζόταν την ευθύνη για το έγκλημα για το υπόλοιπο της ζωής του. Υπήρχαν, επίσης, κάποια πρακτικά επακόλουθα,

¹¹ Ο Νόμος περί Ανθρωποκτονιών του 1957 προβλέπει ότι, σύμφωνα με το αγγλικό δίκαιο, ένας δολοφόνος δεν μπορεί να καταδικαστεί για ανθρωποκτονία από αμέλεια, εάν αποδείξει ότι υπέφερε από τέτοια ανωμαλία του νου (είτε προέρχεται από μια κατάσταση που σταμάτησε ή καθυστερούσε την ανάπτυξη του νου, ή από οποιοσδήποτε εγγενείς αιτίες, ή προκλήθηκε από ασθένεια ή τραυματισμό) καθώς μείωσε ουσιαστικά την ψυχική του ευθύνη για τις πράξεις και τις παραλείψεις του ως προς το να πράξει ή να συμμετάσχει στη δολοφονία».

δηλαδή ότι ως αποτέλεσμα της καταδίκης του εκείνος θεωρούνταν επικίνδυνος και, συνεπώς, ήταν πιο πιθανό να περάσει περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο και σε συνθήκες υψηλότερης ασφάλειας, πράγμα που σημαίνει ότι υπόκειτο σε μεγαλύτερο περιορισμό της ελευθερίας του και άλλων πτυχών της ζωής του.

Τι συνέβη στη δίκη:

Το Αγγλικό Εφετείο αποφάσισε ότι ο C δεν είχε άδεια να προχωρήσει με την προσφυγή του. Εν ολίγοις, αποφασίστηκε ότι ο ισχυρισμός πως οι αρχές δεν είχαν βοηθήσει τον C όταν έπρεπε δεν ευσταθούσε. Η αξίωση βασίστηκε σε δικαστική αγωγή για αμέλεια, όμως αυτό απαιτούσε την ύπαρξη υποχρέωσης μέριμνας μεταξύ του ενάγοντα και των εναγομένων, και, στην περίπτωση παράβασης αυτού του καθήκοντος, την πρόκληση ζημίας. Η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι μια σχέση που γεννά καθήκον φροντίδας, όμως, παρόλο που η Δρ. S και οι εργοδότες της ενεργούσαν κάτω από το καθήκον να παρέχουν υπηρεσίες στον C, όπως ορίζει ο νόμος της δημόσιας υγείας, εκείνος ήταν που έπρεπε να καταστεί διαθέσιμος σε αυτές και δεν το είχε κάνει: δεν είχε δημιουργηθεί σχέση γιατρού-ασθενούς, επομένως δεν υπήρχε υποχρέωση περίθαλψης στη δεδομένη περίπτωση. Αυτό σήμαινε ότι δεν ήταν απαραίτητο να εξεταστούν τα περαιτέρω ζητήματα σχετικά με το εάν υπήρξε παράβαση του καθήκοντος περίθαλψης και εάν αυτή η παράβαση προκάλεσε ζημία. Υπήρχε επίσης ένας συμπληρωματικός λόγος: η ενέργεια του C βασιζόταν στην πραγματικότητα στην εγκληματική του συμπεριφορά (για την οποία παρέμεινε τουλάχιστον εν μέρει υπεύθυνος) και, έτσι, το να επιτραπεί η συνέχιση της αξίωσης θα ισοδυναμούσε με συνδρομή διά νόμου στην παρανομία, κάτι που δεν είναι επιτρεπτό στο πλαίσιο του νόμιμου συστήματος.

Όταν ο C προέβαλε στη συνέχεια το επιχείρημα ότι τα ανθρώπινα δικαιώματά του είχαν παραβιαστεί λόγω της αποτυχίας να επιτραπεί στην αξίωσή του να προχωρήσει περαιτέρω, αυτός ο ισχυρισμός ήταν επίσης ανεπιτυχής (ενώπιον του Ευρωπαϊκού Δι-

καστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων). Αποφασίστηκε ότι είχε μια δίκαιη δίκη¹² για να καθοριστεί εάν δικαιούταν ή όχι να ασκήσει αξίωση βάσει του ισχυρισμού περί αμέλειας, ο οποίος είχε κριθεί από το αγγλικό δικαστήριο ότι δεν μπορούσε να τεθεί ως ζήτημα εφαρμογής του νόμου στα γεγονότα. Όσον αφορά το ερώτημα εάν υπήρξε σεβασμός στον ίδιο ως άτομο,¹³ συμπεριλαμβανομένων των αναγκών του ως άτομο με ψυχική διαταραχή, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο σημείωσε ότι ενδέχεται να υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το κράτος είχε θετική υποχρέωση να παρέχει περίθαλψη (αν και βασικό δικαίωμα ήταν να απέχει το κράτος από περιττές παρεμβάσεις). Επρόκειτο για την επίτευξη δίκαιης ισορροπίας και εναπόκειτο στις εν λόγω χώρες, οι οποίες δεσμεύονταν από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση, να αποφασίσουν σε ποιον χώρο θα δημιουργηθεί η δίκαιη ισορροπία. Αυτό συνδέθηκε με το ερώτημα εάν υπήρχε νομική υποχρέωση φροντίδας για τη διασφάλιση της παροχής υπηρεσιών στον C ή εάν ήταν δική του ευθύνη να έρθει σε επαφή με τις αρχές. Επιπλέον, δεν μπορούσε να αποδειχθεί ότι υπήρχε σύνδεση μεταξύ τυχόν παραλείψεων των αρχών του κράτους και της προκατάληψης που ισχυριζόταν ο C ότι υπέστη ως αποτέλεσμα, επειδή δεν μπορούσε να ειπωθεί με σιγουριά ότι όλα αυτά οδήγησαν αναπόφευκτα στην ανθρωποκτονία και στην επακόλουθη δικαστική απόφαση και ποινή.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Το συμπέρασμα της δικαστικής υπόθεσης ήταν ότι οι επαγγελματίες του ιατρικού χώρου δεν έφεραν καμία ευθύνη – τουλάχιστον

¹² Το συγκεκριμένο ανθρώπινο δικαίωμα ήταν αυτό, σύμφωνα με το άρθρο 6 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το οποίο προβλέπει ότι «(1) Κατά τον καθορισμό των πολιτικών του δικαιωμάτων και υποχρεώσεων [...] ο καθένας έχει δικαίωμα σε δίκαιη [...] ακρόαση [...]».

¹³ Το συγκεκριμένο δικαίωμα που επικαλείται εδώ ήταν βάσει του άρθρου 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης. Αποτελείται από δύο μέρη, το πρώτο ορίζει ένα δικαίωμα και το δεύτερο ορίζει επιτρεπόμενους περιορισμούς σε αυτό το δικαίωμα. Το δικαίωμα προβλέπει ότι «(1) Καθένας έχει δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής του ζωής [...]» Οι επιτρεπτοί περιορισμοί, που δεν προέκυψαν από τα γεγονότα είναι ανάλογοι με την εξυπηρέτηση άλλων έννομων συμφερόντων.

καμία νομική ευθύνη – απέναντι στον C, επειδή δεν είχε διαμορφωθεί η σχέση γιατρού-ασθενή, και, σε κάθε περίπτωση, ο C ήταν υπεύθυνος για τη δική του κατάσταση, δηλαδή για τις εγκληματικές του ενέργειες. Είναι αυτή μια περίπτωση όπου οι νομικοί κανόνες – οι οποίοι στοχεύουν στην απόφαση του εάν οι συνέπειες είναι εφαρμόσιμες μέσω του νομικού μηχανισμού – δεν συμπίπτουν με τους ηθικούς κανόνες; Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Αγγλικό Εφετείο ασκήθηκαν πιέσεις για δράση, επειδή το πρωτοβάθμιο δικαστήριο είχε αποφασίσει να επιτραπεί στον C να προχωρήσει με την υπόθεσή του, με αποτέλεσμα ο δικαστής να καταλήξει σε διαφορετικό συμπέρασμα σχετικά με το νόμο: άρα το ζήτημα δεν ήταν απαραίτητα τόσο ξεκάθαρο, όπως ξεκάθαρη δεν είναι ούτε η ηθική.

Αρχικά, πότε προκύπτει η υποχρέωση του γιατρού; Ο C ήταν ένα άτομο του οποίου οι ανάγκες ήταν ξεκάθαρες, καθώς υπέφερε από μια διαρκή ασθένεια που θα μπορούσε να υποτροπιάσει και, πολύ περισσότερο, λόγω απουσίας θεραπείας, βγήκε από το νοσοκομείο με την αιτιολογία ότι θα τον αναλάμβανε ο Δρ. S. Παράλληλα, ελήφθησαν μέτρα από τον Δρ. S και τους συναδέλφους του για να προσπαθήσουν να έρθουν σε άμεση επαφή με τον C και να αξιολογήσουν τις ανάγκες του, αυτά τα μέτρα, όμως, δεν εκτελέστηκαν με τον σωστό τρόπο, πράγμα που γίνεται φανερό από το γεγονός ότι δεν υπήρξε επαφή. Ωστόσο, ελήφθησαν μέτρα για να βρεθεί ο C χωρίς ο γιατρός να περιμένει έως ότου ο C τον επισκεφθεί, κάτι που μας οδηγεί στη συνειδητοποίηση ότι δεν είναι σκόπιμο να δούμε τον C μέσα από το ίδιο πρίσμα με τον τυπικό ασθενή που θα κάνει μια συνειδητοποιημένη επιλογή για το πότε θα δει έναν γιατρό. Εγείρει αυτό με τη σειρά του ερωτήματα σχετικά με το εάν τα ίδια πρότυπα ισχύουν για τον C όπως και για τον τυπικό ασθενή — δηλαδή, ότι δεν προκύπτει υποχρέωση φροντίδας πριν συναντηθούν ο γιατρός και ο ασθενής;

Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν επιτρέπεται στους ψυχιατρικούς ασθενείς να κάνουν συνειδητές επιλογές: σημαίνει απλώς ότι τα γεγονότα μιας συγκεκριμένης υπόθεσης ενδέχεται να απαιτούν την εφαρμογή διαφορετικών προτύπων. Εάν, για παράδειγμα, το αποτέλεσμα της ασθένειας είναι ότι δεν μπορεί να αναμένεται από

έναν ασθενή να κάνει την ίδια επιλογή ως προς την τήρηση του ραντεβού με έναν γιατρό, η έναρξη της σχέσης βάσει της οποίας επιβάλλεται ένα καθήκον φροντίδας δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την τήρηση ενός τέτοιου ραντεβού. Τι πρέπει να συναχθεί από τα πραγματικά περιστατικά αυτής της υπόθεσης; Στην αρχή, δεν υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με το ότι ο Δρ. S πρόσφερε ραντεβού στον C: αυτό περιλαμβάνει τη μεταχείριση του C ως ικανού να κάνει επιλογές και ως κάποιου του οποίου η ενασχόληση με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες θα βασιζόταν στη συνεργασία. Αλλά ίσως ένας συνδυασμός αυξανόμενων ανησυχιών για την κατάστασή του και του γεγονότος ότι πήγε σε ένα γραφείο κοινωνικών υπηρεσιών και ζήτησε να δει κάποιον, υποδηλώνει ότι είχε έρθει η ώρα να ληφθούν περισσότερα προληπτικά μέτρα για να διασφαλιστεί ότι ο C θα εντοπιστεί και θα εμφανιστεί. Φαίνεται περιττό να πούμε ότι δεν είχε πραγματοποιηθεί καμία συνάντηση και, επομένως, δεν είχε προκύψει υποχρέωση επιμέλειας, ιδιαίτερα όταν η αποτυχία του Δρ. S να δει τον C ήταν το κεντρικό μέρος της καταγγελίας του.

Δεύτερον, ήταν σωστό να πούμε ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ της αποτυχημένης παροχής θεραπείας στον C και της ανθρωποκτονίας που διέπραξε; Αυτό ήταν μέρος του συλλογισμού του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. Πρέπει να σημειωθεί εξ αρχής ότι υπάρχουν σχετικά λίγες ανθρωποκτονίες που διαπράττονται από ψυχικά διαταραγμένα άτομα: η ψυχική διαταραχή είναι ένας παράγοντας που μεγεθύνει τον κίνδυνο μόνο σε μικρό αριθμό περιπτώσεων. (Οι περισσότερες πράξεις βίας διαπράττονται από νεαρούς ενήλικες άντρες: αυτό δεν σημαίνει ότι όλοι οι νεαροί ενήλικες είναι επικίνδυνοι. Το αλκοόλ εμπλέκεται σε πολλές πράξεις βίας: αυτό δεν σημαίνει ότι όλοι όσοι καταναλώνουν αλκοόλ, ακόμη και σε υπερβολικό βαθμό, γίνονται βίαιοι. Το ίδιο ισχύει και για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες (όπως η σχιζοφρένεια). Ο C είχε εμπλακεί σε βίαιο περιστατικό στο παρελθόν και υπήρχαν αναφορές για επιθετική συμπεριφορά εκ μέρους του την περίοδο πριν από τη δολοφονία. Καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία, δεδομένου ότι η ψυχική του ασθένεια μειώνει σημαντικά την ευθύνη του στη διάπραξη του εγκλήματος: με

άλλα λόγια, η πράξη του συνδέθηκε σαφώς με τη διαταραχή του. Μπορεί η επαγγελματική παρέμβαση να μην είχε αλλάξει το τελικό αποτέλεσμα - δηλαδή την ανθρωποκτονία - αλλά (α) η κοινή λογική υποδηλώνει ότι αυτό είναι μια πιθανότητα που χρήζει αξιολόγησης με πιθανολογικούς όρους, και (β) η τολμηρή δήλωση ότι δεν υπήρχε σύνδεση μεταξύ της μη παροχής θεραπείας και της ανθρωποκτονίας προϋποθέτει μια απάντηση στο ίδιο το ερώτημα που ήθελε να θέσει ο C στη νομική διαδικασία.

Τρίτον, θα ήταν σωστό να επιτρέψουμε στον C να ισχυριστεί ότι υπέφερε επειδή σκότωσε κάποιον; Η νομική κρίση που έγινε εδώ αφορούσε το ότι το νομικό σύστημα δεν μπορεί να ανταμείψει τους ανθρώπους για την εγκληματικότητα τους, και, έτσι, ένας τέτοιος ισχυρισμός δεν μπορεί καν να κατατεθεί στο δικαστήριο. Είναι όμως αυτή η σωστή ανάλυση; Άλλωστε, το έγκλημα που διέπραξε ο C ήταν ένα έγκλημα ως προς το οποίο η ευθύνη του μειώθηκε σημαντικά λόγω της ψυχικής του διαταραχής και της αδυναμίας του να την αντιμετωπίσει: το νομικό σύστημα το είχε ήδη αναγνωρίσει στην ποινική δίκη.

Αυτό σημαίνει ότι ο C ήταν, εν πολλοίς, εν μέρει υπεύθυνος για το έγκλημα: γιατί δεν θα ήταν δυνατό, για παράδειγμα, να καθοριστεί το ποσοστό ευθύνης που έφερε αντί να του αποτραπεί να ασκήσει αξίωση, ένας κανόνας που μπορεί να είναι κατάλληλος για κάποιον που φέρει την πλήρη ευθύνη;

Και ήταν η εξάρτηση από το γεγονός ότι ο C ήταν μερικώς υπεύθυνος μια άσκοπη τεχνική μέθοδος; Είναι δυνατό για τους κατηγορούμενους να αποδείξουν ότι υπέφεραν από παράνοια τη στιγμή της παράβασής τους, κάτι που στην Αγγλία έχει ως αποτέλεσμα να θεωρούνται «αθώοι λόγω φρενοβλάβειας» (Not Guilty by Reason of Insanity). Αλλά το πρακτικό αποτέλεσμα μιας τέτοιας διαπίστωσης είναι ότι θεωρείται αναγκαία η κράτηση στο νοσοκομείο, σχεδόν όπως συνέβη και στον C· άρα, το αποτέλεσμα δεν παρουσιάζει καμία διαφορά. Την εποχή εκείνη στο αγγλικό δίκαιο, μια ετυμηγορία τέτοιου τύπου απαιτούσε επίσης δίκη και ετυμηγορία από ενόρκους, ενώ η διαπίστωση μειωμένης ευθύνης μπορούσε να γίνει αποδεκτή από την εισαγγελία και το δικαστή-

ριο: για πρακτικούς και όχι νομικούς λόγους, Ως εκ τούτου, ήταν απολύτως πιθανό τα άτομα των οποίων η ψυχική κατάσταση όταν διέπραξαν μια ανθρωποκτονία αποδείκνυε ότι στην πραγματικότητα δεν ήταν ένοχα για φόνο λόγω παραφροσύνης, να κρίνονταν ως μη ένοχα για φόνο αλλά ως ένοχα ανθρωποκτονίας με βάση τη Μειωμένη Ευθύνη (Diminished Responsibility).

Επιπλέον, είναι, άραγε, τόσο προβληματική η καταβολή αποζημιώσεων στον C; Καταρχάς, αποζημίωση θα καταβαλλόταν μόνο εάν ο C μπορούσε να αποδείξει ότι του είχε προκληθεί ζημία: επομένως δεν θα υπήρχε θέμα κανενός τύπου επιβράβευσης στον C για τις ενέργειές του, αλλά αποκλειστικά για την αποκατάσταση οποιασδήποτε ζημίας που του είχε γίνει. Δεύτερον, όταν το ερώτημα αφορά τα χρήματα, είναι σημαντικό να μην εστιάσουμε μόνο στον C. Οι επιζώντες του θύματός του θα μπορούσαν κάλλιστα να ασκήσουν αγωγή για εσφαλμένο θάνατο κατά του C, και αυτό θα αποτελούσε νομική ευθύνη: αφού μπορεί να είναι δύσκολο για την οικογένεια του θύματος να ασκήσει αγωγή κατά των επαγγελματιών που θα έπρεπε να επιχειρήσουν πιο ενεργά τη διασφάλιση της λήψης θεραπείας εκ μέρους του C, και δεδομένου ότι ο C θα μπορούσε να πληρώσει οποιαδήποτε αποζημίωση ζημίας μόνο εάν είχε κερδίσει σε μια πολιτική αγωγή εναντίον των ίδιων επαγγελματιών. Έτσι, το ζήτημα της δημόσιας πολιτικής αποκτά διαφορετική απόχρωση όταν αλλάζει η εστίαση για να δούμε την ευρύτερη εικόνα. (Σε ορισμένες δικαιοδοσίες, όπως του Ηνωμένου Βασιλείου, υπάρχουν συγκεκριμένες διατάξεις ώστε τα θύματα βίαιων εγκλημάτων να υποβάλλουν αίτηση αποζημίωσης σε ένα νομοθετικό σύστημα).

B. Η ΑΠΟΤΥΧΙΑ ΦΥΛΑΞΗΣ/ΑΠΟΤΡΟΠΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΝΑ ΦΥΓΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Περίπτωση πέμπτη¹⁴:

Η D είχε νοσηλευτεί για βραχυπρόθεσμο διάστημα, ώστε να γίνει μια περαιτέρω αξιολόγηση της ψυχικής της κατάστασης τον Ιούλιο. Στην αρχική επανεξέταση, θεωρήθηκε ότι διέτρεχε σημαντικό κίνδυνο αυτοτραυματισμού και, επίσης, φυγής, γεγονός που θα αύξανε τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού, που προαναφέρθηκε. Στην αρχή, λοιπόν, τέθηκε σε συνεχή νοσηλευτική παρακολούθηση. Όταν αυτό το επίπεδο παρατήρησης μειώθηκε, η D άδραξε την ευκαιρία να δραπετεύσει από το νοσοκομείο, κάτι που έκανε πολλές φορές πριν πάρει εξιτήριο από το νοσοκομείο για ιδιωτική νοσηλεία στα τέλη Αυγούστου. Μέσα σε λίγες μέρες, η ψυχική της κατάσταση είχε επιδεινωθεί, προφανώς λόγω της αδυναμίας της να πάρει φάρμακα, και εισήχθη ξανά στην κλινική για μακροχρόνια θεραπεία. Δύο μέρες αργότερα, διέφυγε, λέγοντας ότι θα επέστρεφε στο τέλος της ημέρας, όπως και έγινε. Μετά από δύο ημέρες, δραπετεύσε και πάλι στο σπίτι της, όταν αρνήθηκαν να της δώσουν άδεια να δει την οικογένειά της. Εκείνη την εποχή βρισκόταν σε τέτοιο επίπεδο παρατήρησης, ώστε το νοσηλευτικό προσωπικό χρειαζόταν να την ελέγχει κάθε ώρα. Η αδερφή της ενημέρωσε το νοσοκομείο ότι η D ήταν μαζί της, αλλά η κλινική της είπε ότι έχει μία ώρα προθεσμία να επιστρέψει στο νοσοκομείο πριν κληθεί η αστυνομία. Τότε, η D πήρε υπερβολική δόση από το φάρμακο για το άσθμα της μητέρας της, το οποίο προκάλεσε σοβαρή και ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη.

Το νοσοκομείο υποβλήθηκε σε μήνυση για αμέλεια, επειδή δεν κατάφερε να αποτρέψει τη διαφυγή της D, και γιατί δεν έλαβε ταχύτερα μέτρα για να την επιστρέψει στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, αποκαλύφθηκε η πολιτική του νοσοκομείου σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης περιπτώσεων ασθενών

¹⁴ Βασίζεται στην υπόθεση *Dunn v South Tyneside Health Care NHS Trust* [2004] Mental Health Law Reports 74.

που δραπέτευσαν, η οποία έδειξε ότι η εμπλοκή της αστυνομίας θα πρέπει να περιοριστεί στο ελάχιστο.

Τι συνέβη στη δίκη:

Η υπόθεση εκδικάστηκε μόνο ενώπιον δικαστή και διαπιστώθηκε ότι το καθεστώς ωριαίων επιτηρήσεων δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως αμέλεια, καθώς, σε κάθε περίπτωση, ένα πιο αυστηρό καθεστώς παρατηρήσεων – για παράδειγμα ο έλεγχος κάθε τέταρτο της ώρας – δεν θα είχε αποτρέψει τη διαφυγή της D. Το Εφετείο έκρινε, με τη σειρά του, ότι οι λόγοι του δικαστή δεν ήταν επαρκείς, αλλά ότι το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε ήταν σωστό, ενώ το δικαστήριο έδωσε εκτενέστερους λόγους. Σημειώθηκε ότι η μαρτυρία πραγματογνωμοσύνης που παρουσίασε η D δεν είχε δείξει ότι έχετε τόσο αυξημένο επίπεδο κινδύνου που θα απαιτούσε συνεχή παρακολούθηση, δεδομένου ότι δεν είχε αυτοτραυματιστεί σε προηγούμενες περιπτώσεις όταν είχε διαφύγει, ότι συχνά επέστρεφε με δική της θέληση και ότι βρισκόταν στο σπίτι της. Επιπλέον, η συνεχής επιτήρηση θεωρήθηκε παρεμβατική και δυσχέρανε τη συνεργασία της με τη θεραπεία. Επιπλέον, η γρηγορότερη κλήση της αστυνομίας θα έδινε στην D τον χρόνο να αυτοτραυματιστεί με τον τρόπο που επέλεξε, ενώ ήταν σκόπιμο να υπάρχει μια πολιτική εμπλοκής της αστυνομίας ως έσχατης λύσης, δεδομένης της ανάγκης να αποφευχθεί ο ανταγωνισμός των ασθενών από τους οποίους ζητήθηκε η συνεργασία, και του γεγονότος πως δεν υπήρχε καμία πρόταση να αντιμετωπιστεί αυτό ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης που απαιτεί ταχύτερη ανταπόκριση. Ως εκ τούτου, το δικαστήριο έκρινε ότι δεν υπήρξε αμέλεια και οι τυχόν αστοχίες δεν προκάλεσαν τη ζημία που υπέστη η D.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Δεν επιθυμούν όλοι οι ασθενείς που έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο να είναι εκεί: πράγματι, είναι ανοιχτό προς αμφισβήτηση το ζήτημα ότι, ασφαλώς σε σχέση με ασθενείς που έχουν την ικα-

νότητα να λαμβάνουν αποφάσεις, δεν θα πρέπει να γίνεται χρήση του αναγκαστικού εγκλεισμού εάν ένας ασθενής είναι πρόθυμος να συνεργαστεί (και είναι αξιόπιστος). Ακόμα κι αν η κατάσταση ενός ασθενούς είναι τέτοια που απαιτεί νοσηλεία, αυτό δεν συνεπάγεται ότι πρέπει να βρίσκεται εκεί σε μόνιμη βάση ή σε συνθήκες απομόνωσης: αλλά αυτό θα πρέπει να εξαρτάται από τις ιδιαίτερες ανάγκες του και τον κίνδυνο που ενέχει (και που θα αφορά τον εαυτό τους περισσότερο παρά τους άλλους). Αλλά ο κίνδυνος είναι συνήθως πολύ δύσκολο να εκτιμηθεί, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τις περισσότερες φορές απρόβλεπτοι. Όταν αξιολογείται το μέλλον, δεν μπορεί να κάνει τίποτα κανείς πέρα από την ανασκόπηση του ιστορικού του ασθενούς και τη διαμόρφωση μιας κρίσης για το εάν υπάρχουν παράγοντες που υποδεικνύουν ότι το μέλλον θα είναι διαφορετικό. Μπορεί να υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς εκφράζουν σκέψεις αυτοκτονίας και εμφανίζονται χωρίς ελπίδα λόγω ψυχικής διαταραχής: αυτό μπορεί να δικαιολογεί ένα πολύ αυστηρό επίπεδο επιτήρησης. Αλλά οι ασθενείς δεν εκπέμπουν πάντα τόσο προφανή δυσφορία: πράγματι, αυτή μπορεί να είναι μια πολύ σπάνια κατάσταση, και έτσι οι κίνδυνοι πρέπει να προβλεφθούν με βάση λιγότερο ξεκάθαρους παράγοντες. Έτσι, ένας ασθενής που έχει κάνει αποφασιστική απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν μπορεί να θεωρηθεί ότι διατρέχει υψηλότερο κίνδυνο εάν εκδηλώσει παρόμοια συμπεριφορά με αυτή που είχε παρατηρηθεί πριν από μια προηγούμενη απόπειρα, εντούτοις οι ενέργειες της D σε αυτήν την περίπτωση δεν ήταν σύμφωνες με την προηγούμενη συμπεριφορά της.

Το δικαστήριο ανέφερε τη σημασία της ύπαρξης ενός καθεστώτος που να ενθαρρύνει τη συνεργασία, αποφεύγοντας τον ανταγωνισμό των ασθενών, είτε μέσα από άσκοπα παρεμβατικά επίπεδα επιτήρησης, είτε μέσα από την υπερβολικά συχνή εμπλοκή της αστυνομίας. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται από το δικαστήριο παρουσιάζει μια κάπως πατερναλιστική άποψη για την ψυχιατρική, η οποία συνεπάγεται ότι οι ασθενείς ενεργούν για τον εαυτό τους ή άλλοι ενεργούν για εκείνους, αλλά, σε κάθε περίπτωση, ενθαρρύνεται η ανοχή και η συνεργασία εκ μέρους τους (Είναι μια

άποψη που υπάρχει εδώ και χρόνια και αφορά το δικαίωμα του κράτους να παρεμβαίνει εξασφαλίζοντας θεραπεία σε όσους πάσχουν από ψυχική διαταραχή, και αυτήν την *parens patriae* δικαιοδοσία ασκεί το κράτος, ενεργώντας, με άλλα λόγια όπως ο γονέας για ένα παιδί). Μια πιο επικεντρωμένη στον ασθενή χρήση της γλώσσας οδηγεί στο ίδιο συμπέρασμα. Η τοποθέτησή του στο νοσοκομείο παρά τη θέλησή του συνεπάγεται με απώλεια ισχύος: αλλά αυτή η απώλεια πρέπει να είναι η ελάχιστη απαιτούμενη, πράγμα που σημαίνει ότι οι ενέργειες των ασθενών που μπορεί να θεωρηθούν ως διεκδίκηση των δικαιωμάτων που ήδη διατηρούν πρέπει να επιτρέπονται στο βαθμό που δεν έρχονται σε σύγκρουση με το δικαίωμα του νοσοκομείου να περιορίζει την ελευθερία του ασθενούς βάσει του νόμου.

Στην περίπτωση της D, ο νόμος απαιτούσε από εκείνη να βρίσκεται στο νοσοκομείο για θεραπεία και αξιολόγηση της συμμόρφωσής της. Αν οι ανάγκες της ήταν τέτοιες στο πλαίσιο ενός νοσοκομείου ή ενός καθεστώτος επιτήρησης που να καθιστούσε τη φυγή πιο δύσκολη, αυτό θα μπορούσε να έχει προβλεφθεί. Το αν είχε πράγματι τέτοιες ανάγκες εξαρτάται από την εκτίμηση του κινδύνου που θέτει η D, οι δυσκολίες ποσοτικοποίησης των οποίων είναι κομβικές στο ηθικό δίλημμα. Πρέπει να υπάρξει μια ισορροπία που να σταθμίζει αφ' ενός την παρεμβατική φύση της κράτησης των ασθενών σε κλειδωμένες μονάδες ή υπό συνεχή παρακολούθηση και, αφ'ετέρου τους κινδύνους που ενέχουν: η δεύτερη πρέπει να δικαιολογεί την πρώτη, αλλά μόνο εάν οι κίνδυνοι είναι αρκετά σοβαροί.

Ωστόσο, υπάρχει ένα άλλο στοιχείο που οφείλουμε να υπολογίσουμε, και αυτό είναι η δυσκολία πρόβλεψης της ανθρώπινης συμπεριφοράς και, κατ' επέκταση, η δυσκολία αξιολόγησης των κινδύνων που τίθενται σε ένα αντικειμενικό πρότυπο. Ωστόσο, η προβλεψιμότητα βάσει διαίσθησης είναι διαφορετική από την προβλεψιμότητα βάσει στοιχείων. Κατά καιρούς, οι κίνδυνοι μπορούν να προβλεφθούν και να μειωθούν σημαντικά και σε αυτό το πλαίσιο, το ερώτημα που τίθεται είναι εάν το καθεστώς θα πρέπει να παραβλέψει το κομμάτι της ασφάλειας και να εικάσει

την πιθανότητα ύπαρξης υψηλότερου κινδύνου (εφαρμόζοντας, επομένως, ένα πιο παρεμβατικό σύνολο μέτρων για την αντιμετώπισή του, παρόλο που ο πραγματικός κίνδυνος μπορεί κάλλιστα να είναι μικρότερος). Θα πρέπει, εναλλακτικά, να απαιτείται πειστικούς λόγους που βασίζονται στην εμπειρία του παρελθόντος και σε τεκμηριωμένη κρίση για το μέλλον; Η πρώτη περίπτωση μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα περισσότερα άτομα να υπόκεινται σε περιορισμούς, οι οποίοι στην πραγματικότητα δεν ήταν ποτέ απαραίτητοι, ενώ η δεύτερη μπορεί να σημαίνει ότι κάποιιοι άνθρωποι θα γλιστρήσουν μέσα από το προστατευτικό δίχτυ και θα αυτοτραυματιστούν. Η κατασκευή και η λειτουργία ενός συστήματος που εξισορροπεί τους διάφορους κινδύνους είναι δύσκολη υπόθεση, ακριβώς γιατί βασίζεται στην απρόβλεπτη συμπεριφορά του ανθρώπου, ωστόσο, κλινικά, η προβλεψιμότητα και η μείωση του κινδύνου αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της αξιολόγησης της επικινδυνότητας που λαμβάνει χώρα πριν από την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο.

Από αυτήν την πρακτική σκοπιά, το γεγονός ότι θα ήταν δυνατό να έχει τοποθετηθεί η D σε κλειδωμένη μονάδα, κάτι που θα είχε δυσκολέψει τη διαφυγή (για λόγους σωματικής ασφάλειας) ή να έχει τεθεί υπό συνεχή επιτήρηση, και, έτσι, να ήταν ανέφικτη η διαφυγή της (για λόγους ασφάλειας της συνεργασίας) και το επιπλέον γεγονός ότι η συμπεριφορά της σε φυγή ήταν παράνομη και αποτέλεσε βάση για τη σύλληψή της, όλα πρέπει να κριθούν με βάση πολλά σχετικά κριτήρια. Το πρώτο κριτήριο είναι ότι είναι απαραίτητο να αποφύγουμε να εξετάσουμε τη συγκεκριμένη περίπτωση με το πλεονέκτημα του εκ των υστέρων βλέμματος και να επιχειρήσουμε να εκτιμήσουμε ποιοι ήταν οι κίνδυνοι όπως φάνηκαν τη στιγμή που ελήφθη η απόφαση να παραμείνει η D σε ανοιχτή μονάδα και να υπάρξει μια συγκεκριμένη ανταπόκριση στην απόφασή της να διαφύγει στο σπίτι της. Η εκ των υστέρων, ωστόσο, ματιά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μια ψευδή μοιρολατρία ως προς την προβλεψιμότητα και την αποτροπή των γεγονότων. Το δεύτερο είναι ότι αυτός ο κίνδυνος πρέπει στη συνέχεια να σταθμιστεί με τα άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται

αυτού, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων οι ασθενείς να αποσύρουν κάθε συνεργασία εάν αντιλαμβάνονται ότι το καθεστώς είναι πολύ δρακόντειο ή αντίστροφα, εάν αγνοηθεί και παραγνωριστεί η επικινδυνότητά τους. Τρίτον, η αξιολόγηση του κινδύνου πρέπει να είναι συγκεκριμένη και προσαρμοσμένη στο εκάστοτε πλαίσιο, δηλαδή, η D είχε πάει εκεί που αναμενόταν ότι θα πήγαινε και βρισκόταν με μέλη της οικογένειας, τα οποία μπορεί επίσης να έχουν καθήκον, τουλάχιστον ηθικό, να εξασφαλίσουν ότι ένας συγγενής, που γνωρίζουν ότι είναι άρρωστος και που πρέπει να νοσηλευτεί, παρακολουθείται με τον κατάλληλο τρόπο, αν έχει ενημερωθεί και εκπαιδευτεί κατάλληλα πριν λάβει εξιτήριο.

Γ. ΕΥΘΥΝΕΣ ΓΙΑ ΑΔΙΚΟΠΡΑΞΙΑ ΣΤΟ ΘΥΜΑ ΓΙΑ ΒΛΑΒΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΛΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΗ

Περίπτωση έκτη¹⁵:

Η RP ήταν 4 ετών όταν δολοφονήθηκε από τον A, ο οποίος είχε αναπτύξει σημαντικά προβλήματα ως αποτέλεσμα κακοποιτικής συμπεριφοράς που έλαβε χώρα στην παιδική του ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης αλκοόλ και ναρκωτικών, και είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας σε διάφορες χρονικές στιγμές. Ένα χρόνο πριν δολοφονήσει την RP και ενώ βρισκόταν στο νοσοκομείο ο A είχε δηλώσει ότι έτρεφε σεξουαλικά αισθήματα προς ανήλικα άτομα και ότι πίστευε πως θα σκότωνε κάποιο παιδί. Παρότι υπήρχε θέμα ψύχωσης, πήρε εξιτήριο από το νοσοκομείο, συνεχίζοντας να θεωρείται εξωτερικός ασθενής. Η μητέρα της RP, που ζούσε στον ίδιο δρόμο με τον A, μίλησε τις αρχές του νοσοκομείου, ισχυριζόμενη ότι από αμέλεια δεν κατάφεραν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν τον κίνδυνο που έθετε ο A.

Το αποτέλεσμα της δίκης:

Η μητέρα της RP έχασε τη δίκη, καθώς το δικαστήριο αποφάσισε ότι το νοσοκομείο δεν της όφειλε καθήκον φροντίδας και, έτσι, δεν προκύπτει ζήτημα αμέλειας. Ειδικότερα, όταν το ερώτημα στρέφεται γύρω από το εάν ένα νοσοκομείο οφείλει καθήκον περίθαλψης προς το θύμα ενός εγκλήματος που διαπράχθηκε από έναν ασθενή, αυτό εξαρτάται από το εάν υπάρχει επαρκής βαθμός εγγύτητας μεταξύ του νοσοκομείου και του θύματος. Ο πρακτικός τρόπος για να προσφερθεί η προστασία συνδέεται με τη δυνατότητα προειδοποίησης ενός πιθανού θύματος, ώστε να μπορούν να ληφθούν προστατευτικά μέτρα (αναφορικά με τους περιορισμούς στη δυνατότητα κράτησης ενός ασθενούς λόγω ψυχικής διαταραχής και τις περιορισμένες προοπτικές επιτυχίας στη θεραπεία για

¹⁵ Βασίζεται στην υπόθεση Palmer v Tees Health Authority [1999] Mental Health Law Reports 106.

ορισμένες ομάδες ασθενών), αλλά αυτό δεν μπορεί να γίνει εκτός εάν υπάρχει ταυτοποίηση του θύματος ή μιας συγκεκριμένης ομάδας που κινδυνεύει από τον συγκεκριμένο ασθενή. Εφόσον ο Α δεν είχε αποκαλύψει ότι κάποιος συγκεκριμένα κινδύνευε να υποστεί ζημιά από αυτόν, δεν οφείλεται κανένα καθήκον φροντίδας στην RP βάσει του ότι ο Α ζούσε στον ίδιο δρόμο. Σε αυτή τη βάση, η αξίωσή της απορρίφθηκε λόγω νομικής απόφασης.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Αν και ένα σχετικά μικρό ποσοστό ατόμων με νοητικές διαταραχές ενέχει οποιονδήποτε κίνδυνο για τους άλλους, υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες είναι φανερός ένας τέτοιος κίνδυνος. Το γεγονός αυτό μερικές φορές αφορά σε πραγματικές καταστάσεις που είναι ιδιαίτερα σπαρακτικές, όπως ο θάνατος ενός παιδιού, και που προκαλούν μια σειρά αναμενόμενων αντιδράσεων, συμπεριλαμβανομένου του θυμού και της επιθυμίας να κατηγορηθεί κάποιος για το έγκλημα.

Η έκβαση της δικαστικής υπόθεσης βοηθά στην αποσαφήνιση των διαφορετικών σκελών που συνθέτουν την έννοια της υπαιτιότητας και άρα ευνοεί την εστίαση στα ηθικά ερωτήματα που προκύπτουν όταν φανερώνεται ο υπεύθυνος για την τραγωδία. Φυσικά, ο Α ήταν ο κύριος υπεύθυνος για τη δολοφονία της RP, καθώς ο ίδιος προκάλεσε το θάνατό της. Αν αυτό ήταν άσκηση εκ μέρους του της δυνατότητας επιλογής, τότε εκείνος θα ήταν που θα έφταιγε για αυτήν την τόσο απαράδεκτη επιλογή. Ωστόσο, η παράξενη φύση μιας τέτοιας πράξης εγείρει το ερώτημα εάν ήταν προϊόν ενός μυαλού, κατά κάποιο τρόπο, διαταραγμένου και, ως εκ τούτου, το άτομο δεν θα μπορούσε να είναι πλήρως υπεύθυνο για το έγκλημα.

Η ψυχιατρική αντιμετωπίζει διαφορετικούς τύπους διαταραχών, ορισμένες από αυτές μπαίνουν κάτω από τη γενική κατηγορία της διαταραχής προσωπικότητας και η οποία περιλαμβάνει άτομα των οποίων η ικανότητα να ζουν στην κοινωνία διακυβεύεται ως αποτέλεσμα προβλημάτων που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια

των χρόνων διάπλάσής τους: δεδομένου ότι η κοινωνία (σε άτυπο επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας, των τοπικών κοινοτήτων και κοινωνικών δομών, και, τυπικά, των μηχανισμών κοινωνικής εργασίας) υποτίθεται ότι έχει προστατευτικούς μηχανισμούς που παρεμβαίνουν για την πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεων της κακής ανατροφής των παιδιών ή των κακοποιητικών σχέσεων, και εφόσον οι ενέργειες των ατόμων με διαταραχή προσωπικότητας και των ψυχωτικών ατόμων προκαλούνται, ουσιαστικά, από εκείνους που έπαιξαν ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής. Έτσι, ταυτόχρονα με την αναγνώριση ότι το άτομο μπορεί να αποτελέσει κίνδυνο για την κοινωνία, από την ηθική πλευρά μπορούμε να συμπεράνουμε ότι για αυτή την κατάσταση δεν είναι το άτομο απαραίτητα εξ ολοκλήρου υπεύθυνο.

Μια παρόμοια ανάλυση μπορεί να εφαρμοστεί και στις άλλες ψυχικές διαταραχές που συνδέονται με επικίνδυνες συμπεριφορές. Ορισμένες διαταραχές μπορεί να προκληθούν από σωματική βλάβη στον εγκέφαλο, άλλες μπορεί να προκαλούνται από γενετικά χαρακτηριστικά, ενώ άλλες μπορεί να πυροδοτούνται από την άσκηση της επιλογής (όπως οι ψυχώσεις που προκαλούνται από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά), ενώ άλλων η ενεργοποίηση δύναται να εμφανίζεται απλώς λόγω γενετικής προδιάθεσης. Το καθαρό αποτέλεσμα αυτής της περίπλοκης αιτιώδους συνάφειας είναι ότι η εγκληματική ενέργεια δεν είναι ευθύνη μόνο του ψυχικά άρρωστου κατηγορούμενου.

Ένα άτομο με σοβαρή νοτική αναπηρία μπορεί (σε αντίθεση με τον Α, σε αυτήν την περίπτωση) να κριθεί ως νομικά ψυχοπαθής και αυτό παρέχει μια γραμμή υπεράσπισης της ποινικής ευθύνης (τουλάχιστον στις περισσότερες δικαιοδοσίες), η οποία αντανακλά την άποψη ότι το άτομο δεν είναι προσωπικά υπεύθυνο για το αδίκημα. Πολλές δικαιοδοσίες επιτρέπουν επίσης σε ένα άτομο του οποίου οι πράξεις προκλήθηκαν, εν μέρει, λόγω της ψυχικής του διαταραχής να προβάλει τη μειωμένη ευθύνη του ως μερική υπεράσπιση της ποινικής ευθύνης (για παράδειγμα, με την καταδίκη του για ένα λιγότερο σοβαρό αδίκημα), ή ως βάση για να λάβει ποινή με ελαφρυντικά, ή ακόμη και ως εναλλακτική της ποινικής δίωξης.

Το γεγονός ότι ένας δράστης με διανοητική διαταραχή μερικές φορές δεν θεωρείται πλήρως υπεύθυνος για την εγκληματική ενέργεια αντικατοπτρίζει τη θέση που έλαβαν οι γονείς του νεκρού κοριτσιού σε αυτή την περίπτωση - δηλαδή ότι κάποιος άλλος πρέπει να φέρει μέρος της ευθύνης για τις πράξεις του Α. Η κοινωνία καταλογίζει σε κάποιον την ευθύνη για επιβλαβή γεγονότα με διαφορετικούς τρόπους. Ένας τρόπος είναι μέσω ποινικών κυρώσεων, ενώ ένας άλλος τρόπος είναι μέσω επιδίκων αποζημίωσης σε αγωγές ενώπιον των πολιτικών δικαστηρίων. Αλλά η ενστικτώδης αντίδραση ότι κάποιος άλλος πρέπει να φταίει δεν δύναται να μεταφραστεί στη σφαίρα της πραγματικότητας όπου τα γεγονότα εξετάζονται με νηφαλιότητα και βάσει της νομικής ευθύνης. Για αυτό το λόγο οι δικαστικές ενέργειες, όπως αυτή στην οποία βασίζεται το πρόβλημα που εξετάζουμε, προκύπτουν αφού έχει συμβεί ένα φρικτό έγκλημα, αλλά η απόφαση που πρέπει να παρθεί σχετικά με την επαγγελματική δεοντολογία βασίζεται στο εάν υπήρξε αδυναμία πρόβλεψης του συγκεκριμένου φρικτού γεγονότος: με άλλα λόγια, θα μπορούσε να προβλεφθεί ότι ο Α θα επιτεθεί στην ΡΡ; Αν όχι, τότε δεν υπάρχει λόγος να επιβληθούν νομικές ευθύνες μεταξύ των επαγγελματιών και της ΡΡ και της οικογένειάς της. Επομένως, το δικαστήριο τονίζει την ανάγκη για ταυτοποιημένο θύμα.

Εάν υπήρχε ένα αναγνωρισμένο ή αναγνωρίσιμο θύμα, θα προέκυπταν περαιτέρω ερωτήματα για να δικαιολογηθεί η ηθική και η νομική συζήτηση. Είναι επιθυμητό όσοι εγκυμονούν κινδύνους λόγω ψυχικής διαταραχής να λαμβάνουν θεραπεία, τόσο προς όφελός τους όσο και με την ελπίδα ότι οι κίνδυνοι δεν θα γίνουν πράξεις και, έτσι, η κοινωνία θα προστατευτεί. Ωστόσο, είναι επί σκοπού το ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στους επαγγελματίες ιατρούς προστατεύονται από ρήτρα εκεμύθειας: εάν δεν υπήρχε το απόρρητο, τότε όσοι χρειάζονται βοήθεια επειδή αποτελούν κίνδυνο θα ήταν λιγότερο πιθανό να αποκαλύψουν τα προβλήματά τους (ή ακόμη και να δουν, κατ' αρχήν, κλινικούς επαγγελματίες), εάν έχουν λόγο να φοβούνται ότι αυτές οι πληροφορίες θα διαβιβαστούν στις υπηρεσίες ποινικής δικαιοσύνης.

Υπάρχει λοιπόν μια ένταση εκεί: η ανάγκη για αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα απαιτεί εμπιστευτικότητα, ενώ η ανάγκη προστασίας των ατόμων που κινδυνεύουν υποστηρίζει την ανάγκη διαβίβασης πληροφοριών ώστε τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο να μπορούν να λαμβάνουν προστατευτικά μέτρα. Το πώς να λυθεί αυτή η ένταση είναι δύσκολο· εάν διαβιβαστούν πάρα πολλές πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο πρόκλησης βλάβης σε άλλους, τότε μικρότερος αριθμός επικίνδυνων ατόμων θα αναζητήσουν θεραπεία, γεγονός που θα αυξήσει το επίπεδο κινδύνου. Από την άλλη πλευρά, εάν δεν διερευνηθεί σωστά η πιθανότητα επικινδυνότητας του ασθενή, τότε ο κίνδυνος μπορεί να αυξηθεί.

Διαφορετικά νομικά συστήματα μπορεί να προβάλλουν διαφορετικά όρια, αλλά μια αρκετά κοινή προσέγγιση είναι εκείνη που συνδέεται με την απαίτηση από τους επαγγελματίες να διαβιβάζουν πληροφορίες όταν υπάρχει ένα συγκεκριμένο θύμα που επισημαίνεται ότι διατρέχει κίνδυνο. Το καθήκον μέριμνας σε περίπτωση αμέλειας τείνει να προκύπτει όταν υπάρχει επαρκής σχέση και όταν κρίνεται λογικό να επιβάλλεται ένα καθήκον: αυτά τα βήματα εγείρουν διαφορετικά ερωτήματα, με την ένταση μεταξύ των αναγκών ύπαρξης απορρήτου και της σημασίας της μετάδοσης πληροφοριών που τροφοδοτούν την ερώτηση περί του εύλογου της επιβολής ενός καθήκοντος. Όμως, το γεγονός ότι υπάρχει ένα συγκεκριμένο άτομο σε κίνδυνο απαντά και στα δύο ερωτήματα που συνήθως προκύπτουν. Με άλλα λόγια, το γεγονός ότι ένας επαγγελματίας γνωρίζει ότι υπάρχει ένα συγκεκριμένο άτομο σε κίνδυνο σημαίνει ότι έχει επαρκή σχέση για να δικαιολογήσει ένα καθήκον αρωγής. Και αυτό, επιπλέον, σημαίνει ότι είναι λογικό να απαιτείται να υπάρχει μια ευθύνη υπό τη μορφή καθήκοντος παρά το γεγονός ότι οι πληροφορίες που ελήφθησαν σε περιβάλλον εξεμύθειας πρέπει να χρησιμοποιηθούν εναντίον του ασθενούς που παρείχε αυτές τις πληροφορίες.¹⁶

¹⁶ Βλ. επίσης, τη συζήτηση των υποθέσεων με «καθήκον προστασίας» του Κεφαλαίου 3.

Δ. ΚΑΚΟΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑ: ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΕΙ ΤΗΝ ΚΡΑΤΗΣΗ

Περίπτωση όγδον¹⁷:

Ο Β καταδικάστηκε για ανθρωποκτονία: η ευθύνη του για τη δολοφονία βρέθηκε ότι μειώθηκε εν μέρει λόγω ψύχωσης. Είχε δεσμευτεί σε ψυχιατρείο και μετά από μια σημαντική περίοδο θεραπείας, η ομάδα κλινικής φροντίδας του Β διαμόρφωσε την άποψη ότι έπασχε, επίσης, από διαταραχή προσωπικότητας, εκτός, δηλαδή, από την ψυχική διαταραχή βάσει της οποίας νοσηλευόταν στο νοσοκομείο. Υποβλήθηκε αίτηση στο δικαστήριο να αλλάξει η βάση της κράτησης ώστε να αντικατοπτρίζει τόσο την ψυχική διαταραχή, όσο και τη διαταραχή της προσωπικότητας, αλλά το δικαστήριο δεν πείστηκε ότι η διαταραχή της προσωπικότητας ήταν τέτοιας βαρύτητας που να δικαιολογεί την κράτηση. Ωστόσο, μεταφέρθηκε σε θάλαμο που ειδικευόταν στη θεραπεία διαταραχών προσωπικότητας, μεταφορά την οποία ο Β αμφισβήτησε.

Το αποτέλεσμα της δίκης:

Η υπόθεση πέρασε από τρία επίπεδα δικαστικής απόφασης. Ο δικαστής έκρινε ότι ήταν νόμιμη η τοποθέτηση του Β σε θάλαμο και η θεραπεία του για οποιαδήποτε μορφή ψυχικής διαταραχής είχε διαγνωστεί, το Εφετείο την ανέτρεψε, αποφασίζοντας ότι εάν ο νόμος επέτρεπε την κράτηση μόνο στην περίπτωση που η συγκεκριμένη κατηγορία ψυχικής διαταραχής ήταν αρκετά σοβαρή, τότε ήταν έμμεσα ξεκάθαρο ότι η θεραπεία ήταν δυνατή μόνο για τις κατηγορίες διαταραχών που δικαιολογούσαν την κράτηση. Υπήρξε όμως μια περαιτέρω έφεση, και το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ότι ο δικαστής ήταν σωστός: το σκεπτικό του δικαστηρίου ήταν ότι μόλις είχε περάσει το όριο στο οποίο η ψυχική κατάσταση του ασθενούς δικαιολογούσε την κράτηση, για οποιαδήποτε κατηγο-

¹⁷ Βασίζεται στην υπόθεση R (B) v Ashworth Health Authority [2005] Mental Health Law Reports 47.

ρία διαταραχής, τότε η κλινική ομάδα μπορούσε (και μάλιστα θα έπρεπε) να θεραπεύσει τον ασθενή για όποιες πρόσθετες κατηγορίες διαταραχής διαγνώστηκε ότι υπάρχουν.

Ζητήματα ηθικής που προκύπτουν:

Το πρώτο σημείο που προκύπτει είναι ότι υπάρχει διάκριση μεταξύ κράτησης και θεραπείας: αλληλοεπικαλύπτονται, αλλά εγείρουν πολύ διαφορετικά ερωτήματα και συνεπώς διαφορετικά θεμελιώδη δικαιώματα. Το ερώτημα εάν κάποιος πρέπει να τεθεί υπό κράτηση σχετίζεται με το θεμελιώδες δικαίωμά του στην ελευθερία και οι προβληματισμοί που προκύπτουν σε αυτό το πλαίσιο ποικίλουν: για παράδειγμα, είναι η κράτηση δυνατή βάσει του κινδύνου που αποτελεί για άλλους (για παράδειγμα, υπό τη μορφή αστυνομικής εξουσίας) και επεκτείνεται αυτή στην προστασία των ανθρώπων από τους κινδύνους αυτοτραυματισμού που προκύπτουν από ψυχική διαταραχή; Εάν το τελευταίο αποτελεί βάση για την κράτηση, διατηρεί ο ασθενής κάποια ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τις συνέπειες της ψυχικής του διαταραχής;

Το ζήτημα της θεραπείας είναι αρκετά διαφορετικό: εάν συνεπάγεται τη χρήση φαρμάκων, τότε το θεμελιώδες δικαίωμα που διακυβεύεται είναι αυτό της προσωπικής αυτονομίας και του δικαιώματος επιλογής της ιατρικής θεραπείας.

Υπάρχει όμως μια προφανής αλληλοεπικάλυψη. Εάν η ψυχική διαταραχή του ασθενή είναι τέτοια που να δικαιολογεί την κράτηση, θα πρέπει αυτό να γίνεται με σκοπό τη θεραπεία για την ανακούφιση της πάθησης (ή των συνεπειών της πάθησης); Και εάν ισχύει αυτό, θα πρέπει ο ασθενής να διατηρήσει όλα τα δικαιώματα αυτονομίας του, να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία και, επομένως, να έχει το δικαίωμα να αρνηθεί οποιαδήποτε θεραπεία, υπονομεύοντας έτσι τη βάση κράτησης; Και πρέπει να υπάρχουν κριτήρια διαφορικής θεραπείας, ανάλογα με ζητήματα όπως η ύπαρξη επείγουσας ανάγκης για παρέμβαση, πόσο παρεμβατική ή μη αναστρέψιμη είναι η θεραπεία. Ένα ακόμα ζήτημα αφορά το αν οι συνέπειες της μη επιβολής θεραπείας σχετίζονται με το να

συνεχίσει ο ασθενής να αποτελεί κίνδυνο για τους υπόλοιπους ασθενείς και για το προσωπικό, ώστε θα πρέπει δυνητικά να κρατείται σε συνθήκες ασφάλειας οι οποίες μακροπρόθεσμα του προκαλούν βλάβη, αφήνοντας την αναγκαστική θεραπεία ως τον μόνο πρακτικό τρόπο για να επιτραπεί σε εκείνον να έχει οποιαδήποτε μορφή κοινωνικής ζωής εντός του νοσοκομείου (ή οποιαδήποτε προοπτική εξόδου από το νοσοκομείο).

Πολύ συχνά, και αυτό συνέβη στα γεγονότα της υπόθεσης του Β, το νομοθετικό καθεστώς έχει ορισμένα κριτήρια κράτησης και κάποια πρόσθετα κριτήρια ως προς το πότε μπορεί να επιβληθεί η θεραπεία ακόμη και αν ο ασθενής δεν συναινεί. Το εν λόγω νομικό καθεστώς έκανε διάκριση μεταξύ διαφορετικών τύπων ψυχικών διαταραχών (ψυχική ασθένεια, διαταραχές προσωπικότητας και μορφές μαθησιακής δυσκολίας) όσον αφορά την κράτηση, αλλά το νομοθετικό καθεστώς άφησε ανοιχτό το ζήτημα του αν τα κριτήρια για τη θεραπεία έπρεπε να εφαρμοστούν σε οποιαδήποτε κατηγορία ψυχικής διαταραχής ή μόνο σε μια διαταραχή η οποία εμπίπτει στην κατηγορία βάσει της οποίας δικαιολογείται η κράτηση (ή σε πολλαπλές κατηγορίες, αν ο ασθενής έπασχε από διαφορετικούς τύπους διαταραχής). Έτσι, το ζήτημα που έπρεπε να αντιμετωπίσει το δικαστήριο ήταν το αν οι ψυχίατροι έπρεπε να θεραπεύσουν εξ ολοκλήρου το άτομο (το νομικό καθεστώς που επέτρεπε να γίνει αυτό χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, αλλά με ανάγκη για μια ανεξάρτητη δεύτερη γνώμη αν υπήρχε μακροχρόνια χρήση φαρμακευτικής αγωγής) ή του επιβλήθηκε θεραπεία μόνο για την κατηγορία της διαταραχής που επέτρεπε την κράτηση.

Η άποψη του τελευταίου Εφετείου ήταν ότι η στέρηση της ελευθερίας απαιτούσε να επιτραπεί όσο το δυνατόν περισσότερη ελευθερία κρίσης στην κλινική ομάδα, ώστε να μπορέσει να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς. Πράγματι, το δικαστήριο διατύπωσε αυτή τη θέση σαν η ίδια η κράτηση να έφερε το καθήκον να παρέχει τέτοια μεταχείριση. Εντούτοις, είναι αυτό σωστό; Εξετάστε δύο διαφορετικά σενάρια. Στο ένα, μια διαταραχή προσωπικότητας που από μόνη της δεν δικαιολογεί την κράτηση μπορεί να σημαίνει ότι η θεραπεία για μια ψυχική διαταραχή αποτρέπεται

(για παράδειγμα, επειδή η ικανότητα του ασθενούς να συνεργάζεται με τη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής διακυβεύεται από τη διαταραχή προσωπικότητας). Σε μια τέτοια περίπτωση, η θεραπεία για τη διαταραχή προσωπικότητας δύναται να θεωρηθεί ως αναπόσπαστο μέρος της θεραπείας για την ψυχική διαταραχή. Αλλά, αν δεν υπάρχει τέτοιος συσχετισμός, γιατί ο ασθενής να πρέπει να υποβληθεί σε θεραπεία για τη διαταραχή της προσωπικότητας αν το να πάρει εξιτήριο εξαρτάται μόνο από την επιτυχία της θεραπείας για ψυχικές διαταραχές;

Μερικές φορές, τα γεγονότα μιας υπόθεσης δεν φωτίζουν τη σημασία της αρχής· η θεραπεία στην οποία θα υποβαλλόταν ο Β για τη διαταραχή της προσωπικότητάς του δεν ήταν σε καμία περίπτωση επεμβατική (πρόκειται για μορφές ψυχολογικής θεραπείας με τις οποίες μπορούσε εύκολα να επιλέξει να μην συνεργαστεί) και δεν υπήρχε καμία ένδειξη ότι αυτό θα εμπόδιζε τη θεραπεία για την ψυχική ασθένεια που αποτέλεσε τη βάση της κράτησής του. Αν, όμως, αλλάξουμε ελαφρώς τα γεγονότα, η σημασία της αρχής γίνεται πιο ξεκάθαρη. Η βάση της κράτησης ήταν η μαθησιακή δυσκολία, αλλά υπήρχε, επίσης, μια ψυχική διαταραχή που δεν δικαιολογούσε την κράτηση και η οποία δεν είχε καμία επίπτωση στο θεραπευτικό καθεστώς που εφαρμόζεται για τη μαθησιακή δυσκολία: βάσει της δικαστικής απόφασης, μια ασθένεια που δεν δικαιολογεί η ίδια την κράτηση μετατρέπεται σε μια που μπορεί να αντιμετωπιστεί επειδή υπάρχει μια άλλη διαταραχή που δικαιολογεί την κράτηση.

Ε. ΤΟ «ΚΑΘΗΚΟΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ»

Περίπτωση ένατη¹⁸:

Οι Ρ και ο Τ βγαίνουν λίγα ραντεβού, αλλά ο κύριος Ρ θυμώνει όταν η κυρία Τ αρχίζει να εκδηλώνει ενδιαφέρον για άλλους άντρες. Ο Ρ σε μια συνεδρία αποκαλύπτει στον ψυχοθεραπευτή του ότι θέλει να σκοτώσει την Τ. Ο ψυχοθεραπευτής (ψυχολόγος) συζητά την υπόθεση με συναδέλφους (όλοι ψυχίατροι) και αποφασίζει να επικοινωνήσει με την αστυνομία, η οποία ερευνά τον Ρ και αφού διαπιστώσει ότι δεν είναι επικίνδυνος τον ενημερώνει να μείνει μακριά από την Τ. Ο Ρ δεν συνεχίζει τη θεραπεία με τον ψυχίατρό του και δύο μήνες αργότερα μαχαιρώνει την Τ. Οι γονείς της Τ. μήνυσαν τον θεραπευτή του Ρ επειδή δεν προειδοποίησε την Τ.

Ερώτηση: Δικαιολογήθηκε παραβίαση του ιατρικού απορρήτου σε αυτή η υπόθεση;

- ΝΑΙ, ο ψυχίατρος έχει διπλή υποχρέωση να διαφυλάσσει τόσο τα συμφέροντα και την ευημερία του ασθενή του, όσο και της κοινωνίας γενικότερα.
- ΟΧΙ, υπάρχει ένας χώρος μεταξύ ψυχιάτρου και ασθενή που είναι απρόσβλητος από τις επιρροές των νόμων του έθνους και στον οποίο αναπτύσσεται αυτή η θεραπευτική σχέση. Η ψυχοθεραπευτική πρακτική, επιπλέον, δεν μπορεί να είναι επιτυχής χωρίς την απόλυτη εχεμύθεια: η προτεραιότητα στο καθήκον για το δημόσιο καλό έναντι του καθήκοντος για το απόρρητο των ασθενών μπορεί να παραβιάζει την ηθική της ψυχιατρικής πρακτικής. Αυτός ο ιδιωτικός χώρος αναγνωρίζεται στο αγγλο-αμερικανικό δίκαιο, ενώ παρόμοιες διακρίσεις μεταξύ «δημόσιων» και «ιδιωτικών» νομικών χώρων ισχύουν στο ισλαμικό και το ιουδαϊκό δίκαιο και αλλού.

¹⁸ Πρόκειται για την υπόθεση *Tarasoff v. Regents of the Univ. of Cal.*, 551 P.2d 334 (Cal. 1976).

- ΟΧΙ, η εγκατάλειψη ενός ιδιωτικού χώρου που έχει ασυλία δημιουργεί ένα επικίνδυνο προηγούμενο: θα μπορούσε να εμποδίσει τους ασθενείς να αναζητήσουν φροντίδα από έναν ψυχίατρο, ή να εμποδίσει τους ασθενείς να είναι ειλικρινείς με τους ψυχιάτρους τους σχετικά με βίαιες τάσεις, ή θα μπορούσε να ωθήσει τους ψυχιάτρους να μην εξερευνήσουν θέματα που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν τις βίαιες σκέψεις του ασθενούς, ή ακόμα θα μπορούσε να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο κρατάει ο ειδικός τις σημειώσεις της συνεδριάσεως.
- ΟΧΙ, γιατί οι ψυχίατροι δεν είναι σε θέση να προβλέψουν τη μελλοντική επικινδυνότητα. Τα πρότυπα και τα κριτήρια για πιθανή βλάβη που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ένας ψυχίατρος για να καθορίσει πότε πρέπει να παραβιαστεί το απόρρητο είναι δύσκολο να καθοριστούν και αφήνουν ανοιχτή τη δυνατότητα να αναλαμβάνουμε δράση πολύ συχνά ή όχι αρκετά συχνά. Τα εξωτερικά όρια αυτής της ευθύνης είναι δύσκολο να καθοριστούν: συνεπάγεται η υποχρέωση της προειδοποίησης τρίτων, επίσης, της υποχρέωσης προστασίας τους από βλάβη, για παράδειγμα, ειδοποιώντας την αστυνομία; Η προειδοποίηση τρίτων μπορεί να φαίνεται κατάλληλη λύση βραχυπρόθεσμα, αλλά μπορεί να αποτύχει μακροπρόθεσμα, μειώνοντας τις προοπτικές δημόσιας ασφάλειας λόγω μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία, απώλειας πίστης στους φροντιστές ή μεγαλύτερης χρήσης ακούσιας φροντίδας.
- ΟΧΙ, ο ψυχίατρος θα έπρεπε να έχει συστήσει οξεία θεραπεία και πιθανή εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική προκειμένου να αποφευχθεί η άμεση βλάβη και σε δεύτερο χρόνο να αξιολογήσει τη συνεχή επικινδυνότητα για τους άλλους.

Συζήτηση

Ο ψυχοθεραπευτής έχει ταυτόχρονα την υποχρέωση να τηρεί το ιατρικό απόρρητο, προστατεύοντας τον ασθενή, και την υποχρέωση να προστατεύει τρίτους από πιθανή βλάβη. Οι προσεγγίσεις σε νομικές υποθέσεις που περιλαμβάνουν το καθήκον προειδο-

ποίησης ή προστασίας τρίτων έχουν επηρεαστεί σημαντικά από την υπόθεση του Ανωτάτου Δικαστηρίου της Καλιφόρνια το 1976 που εξέτασε το μοτίβο γεγονότων που συζητείται εδώ, πρόκειται για την Tarasoff. Το Δικαστήριο έκρινε ότι υπάρχει νομική υποχρέωση για τους ψυχοθεραπευτές να προειδοποιούν τα πιθανά θύματα για τις βίαιες πράξεις στις οποίες ένας ασθενής επιθυμεί να προβεί. Ως γνωστόν, το δικαστήριο δήλωσε ότι «το προστατευτικό προνόμιο τελειώνει εκεί που αρχίζει ο δημόσιος κίνδυνος». Οι περιπτώσεις μετά το Tarasoff συχνά περιλαμβάνουν μια πρόσθετη υποχρέωση σχετικά με την πρόληψη της «προβλεπόμενης βλάβης». Εν μέσω μιας κοινοποιούμενης απειλής, οι καταστάσεις που μοιάζουν με εκείνη του Tarasoff συχνά προκύπτουν είτε κατά την έξοδο από την κλινική ασθενών, ή σε περιβάλλοντα εξωτερικών ιατρείων, την ίδια στιγμή που πολυάριθμες ερωτήσεις ανατρέπουν την οποιαδήποτε απλοϊκή θέση που είτε υποστηρίζει την απόλυτη εμπιστευτικότητα των ασθενών είτε την πλήρη μεγιστοποίηση της ασφάλειας τρίτων.

Ανησυχίες που τέθηκαν μετά το Tarasoff

Μετά την απόφαση της υπόθεσης Tarasoff, πολλοί ισχυρίστηκαν ότι οι πολλές ανησυχίες που προέκυψαν από τους παραπάνω προβληματισμούς έχουν υπερεκτιμηθεί. Αν και ένας αδιαπέραστος ιδιωτικός χώρος μεταξύ θεραπευτή και ασθενή είναι ιδανικός σε ορισμένες έννοιες της ψυχιατρικής πρακτικής, η πραγματικότητά του είναι δύσκολο να εδραιωθεί μέσα σε έναν ιστό σχέσεων εκτός αυτής της дуάδας, μέσα στον οποίο τόσο ο ασθενής όσο και ο πάροχος της θεραπείας βρίσκουν νόημα και αντλούν τροφή, καθώς και στο κοινωνικό πλαίσιο του οποίου η ίδια η ύπαρξη συνεπάγεται δικαιώματα και υποχρεώσεις. Αυτά τα βασικά χαρακτηριστικά φαίνονται μη αμφιλεγόμενα, καθώς η απόφαση Tarasoff έχει γίνει ευρέως αποδεκτή στη πλειονότητα των αμερικανικών πολιτειών και ασκεί μεγάλη επιρροή σε όλο τον κόσμο.

Το βάρος των κλινικών στοιχείων φαίνεται να καταδεικνύει ότι η ψυχοθεραπευτική πρακτική μπορεί να είναι επιτυχής χωρίς

την ύπαρξη απόλυτης εμπιστευτικότητα. Μια μελέτη σχετικά με την επίδραση των ενεργειών που μοιάζουν με εκείνες του Tarasoff (συμπεριλαμβανομένης της επικοινωνίας με αξιωματούχους επιβολής του νόμου, καθώς και με πιθανά θύματα) που πραγματοποιήθηκε από νοσηλευτές ψυχιατρικής σε περιβάλλοντα εσωτερικού νοσοκομείου έδειξε ότι οι ασθενείς, εν συνόλω, δεν φαίνεται να αισθάνονται προδομένοι λόγω σπάνιων παραβιάσεων του απορρήτου. Αυτό υποδηλώνει περαιτέρω ότι οι ασθενείς δεν θα είναι περισσότερο μη συμμορφούμενοι, δεν θα εμποδίζονται από το να αναζητήσουν φροντίδα στο μέλλον και δεν θα είναι απρόθυμοι να αποκαλύψουν τα προσωπικά τους συναισθήματα.

Το να πλαισιώνουμε το υπό εξέταση ζήτημα ως πρόβλημα διπλής υποχρέωσης (υποχρέωση για το δημόσιο καλό έναντι του απορρήτου των ασθενών) είναι από μόνο του ύποπτο. Η ηθική της ψυχιατρικής πρακτικής θα πρέπει να περιλαμβάνει μια εκτεταμένη έννοια της φροντίδας που προσφέρει: τόσο τα άμεσα, όσο και τα απομακρυσμένα μέλη μιας κοινότητας, τόσο ο ασθενής, όσο και εκείνοι χωρίς τους οποίους δεν θα μπορούσε να είναι αυτό που είναι (παιδιά, σύντροφοι, αδέρφια, κ.λπ.), εκείνοι από τους οποίους εξαρτάται και αντλεί άλλοτε ευχαρίστηση και άλλοτε πόνο, σε κάθε περίπτωση, όμως, νόημα. Αναμφίβολα, η πιθανότητα βίας βλάπτει τα «τρίτα μέρη», αλλά βλάπτει, επίσης, τον ασθενή του ψυχιάτρου και την κοινότητα στην οποία ζει ο ασθενής.

Το να λάβουμε υπόψη τέτοιες εξαιρετικές παραβιάσεις του απορρήτου στην ψυχιατρική, στο ευρύτερο πλαίσιο παρόμοιων παραβιάσεων στην ψυχιατρική και την ιατρική, είναι διδακτικής σημασίας: δεχόμαστε τις κατ' εξαίρεση παραβιάσεις των δικαιωμάτων του ασθενούς για εμπιστευτικότητα σε άλλα θέματα, όπως απειλές αυτοκτονίας, κακοποίηση παιδιών ή ηλικιωμένων, ενδοοικογενειακή βία, υποχρεωτική αναφορά μεταδοτικών ασθενειών όπως το AIDS, και όταν αμφισβητείται η πνευματική ικανότητα κατά τη διάρκεια της δικαστικής διαδικασίας. Μια περίπτωση που μοιάζει με Tarasoff ευθυγραμμίζεται πλήρως με αυτές τις εξαιρετικές περιπτώσεις.

Διεθνείς οπτικές σχετικά με το *Tarasoff*

Αν και η κύρια νομική επιρροή σε ζητήματα που σχετίζονται με το καθήκον προειδοποίησης ή προστασίας έχει προκύψει από την απόφαση *Tarasoff* στις Ηνωμένες Πολιτείες, χώρες εκτός των Ηνωμένων Πολιτειών έχουν προσφέρει διαφορετικές προοπτικές και έχουν κάνει βήματα προς την εφαρμογή αυτού του καθήκοντος. Το καθήκον προειδοποίησης ή προστασίας έχει διεθνή νομιμότητα, ειδικά στην Ευρώπη, και μπορεί εύκολα να προβληθεί το επιχείρημα ότι υπάρχει μια απαραίτητη σύνδεση μεταξύ του διεθνούς δικαίου για τα ανθρώπινα δικαιώματα και του ιδιωτικού δικαίου για την ψυχική αναπηρία. Σε διεθνές επίπεδο, υπάρχει πολύ λιγότερη ανησυχία ότι μια αναγκαία παραβίαση του απορρήτου θα προκαλούσε ανεπανόρθωτη βλάβη στη σχέση ψυχιάτρου-ασθενή, διαίσθηση που υποστηρίζεται από πρόσφατα στοιχεία ακόμη και εντός των Ηνωμένων Πολιτειών. Αντίθετα, τα ευρωπαϊκά δικαστικά συστήματα έχουν πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις ως προς τις «δημόσιες» και «ιδιωτικές» νομικές υποθέσεις και, κάτω την επιρροή της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, ασχολούνται περισσότερο με την ευθύνη του δημόσιου φορέα.

Παραδείγματα είναι διαθέσιμα και από άλλα έθνη. Στο Χονγκ Κονγκ, για παράδειγμα, τα ζητήματα εμπιστευτικότητας αναγνωρίζονται βάσει του ενδιαφέροντος του ασθενούς και του καθήκοντος του θεραπευτή έναντι τέτοιων δηλώσεων, ενώ στην Ινδία χρησιμοποιείται μια κοινωνική ανάλυση κόστους-οφέλους κατά τον προσδιορισμό του αν θα πρέπει να αποκτηθεί ένα τέτοιο πρόνομο.¹⁹ Πρόσφατες νομικές αποφάσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο προτείνουν παρόμοιες προσεγγίσεις ως προς το καθήκον προειδοποίησης. Για παράδειγμα, σε μια περίπτωση, το Εφετείο διαπίστωσε ότι οι εμπιστευτικές πληροφορίες ενδέχεται να αποκαλυφθούν όταν υπάρχουν κίνδυνοι για το κοινό.²⁰

¹⁹ Υπόθεση *W v Egdell* (1990) 1 All ER 855.

²⁰ *Ibid.*

Περίπτωση δέκατη:

Ο Η είναι ένας άνδρας 21 ετών με μακροχρόνιο ιστορικό καταθλιπτικής διάθεσης, χρόνιες τάσεις αυτοκτονίας (χωρίς ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή νοσηλεία), απομονωτική συμπεριφορά, ψυχωτικά συμπτώματα (παρανοϊκοί ιδεασμοί, ιδέες αναφοράς, ακουστικές ψευδαισθήσεις, μετάδοση σκέψης), σημαντική κατάχρηση πολλών ουσιών (αλκοόλ, LSD, μαριχουάνα), κοινωνικό άγχος και αυξημένη καταθλιπτική διάθεση δύο μήνες από τον χωρισμό με τη σχέση των οκτώ μηνών, η οποία πίστευε πως θα κατέληγε σε γάμο. Πριν από δύο εβδομάδες χρησιμοποίησε ξυράφια για να χαράξει στον δεξιό και τον αριστερό ώμο του σύμβολα της Σκανδιναβικής μυθολογίας με βαθύ νόημα για τον ίδιο, αλλά δεν χρειάστηκε νοσηλεία. Παρουσιάστηκε στο νοσοκομείο μετά από άλλο ένα επεισόδιο χαρακώματος υπό πίεση, αλλά αυτή τη φορά είχε ως αποτέλεσμα έναν βαθύ αυτοτραυματισμό 15 εκατοστών στο αριστερό του χέρι (σε σχήμα σκανδιναβικού συμβόλου) υπό την επήρεια αλκοόλ, όταν είδε μια φωτογραφία της πρώην συντρόφου του στο διαδίκτυο.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ο Η μοιράζεται την ποίησή του με το προσωπικό, η οποία περιέχει πολλά βίαια θέματα. Περιλαμβάνεται η επιθυμία να βιαστεί μια άγνωστη γυναίκα («ένας απλός βιασμός μετά από ραντεβού»), σχόλια σχετικά με το τραύμα στο χέρι του που μοιάζει με κόλπο που αιμορραγεί («εκεί που κάποτε δεν υπήρχε τίποτα / τώρα μια κολπική σχισμή»), λεπτοί υπαινιγμοί ότι αυτός ο κόλπος μπορεί να είναι της πρώην κοπέλας του («Καθώς αιμορραγεί / απεχθάνομαι τον θανάσιμο δεσμό μεταξύ / ο θάνατος έρχεται γρήγορα να παραδοθεί»), και μια εξύμνηση του πόνου και της ταλαιπωρίας που καταλήγει σε χαρούμενη εκδίκηση με τον αιμορραγικό βιασμό αυτής της γυναίκας («νοιιάζομαι όχι για τον πόνο της αλλά μόνο για τον δικό μου / ενωμένοι έτσι είμαστε / ο πόνος είναι θεϊκός»).

Αρνείται οποιαδήποτε ενεργή ή συνειδητή πρόθεση, επιθυμία ή σχέδιο να τη βλάψει και παρατηρεί ότι έγραψε την ποίηση χωρίς να έχει στο μυαλό του κάποιο συγκεκριμένο πρόσωπο. Μετά από

μια ιατροδικαστική ψυχιατρική διαβούλευση, λαμβάνεται η άδεια του ασθενούς και η πρώην κοπέλα του ενημερώνεται για τη φύση της ποίησης που έγραψε, αλλά και για το ότι δεν έχει ενεργή ή συνειδητή πρόθεση, επιθυμία ή σχέδια να τη βλάψει. Η αστυνομία δεν ειδοποιείται.

Μετά από περίπου τέσσερις εβδομάδες, ο ασθενής παίρνει εξιτήριο και περνάει σε μερική νοσηλεία, και, εν συνεχεία, στην παρακολούθηση από ιδιώτη θεραπευτή. Δεν υπάρχουν γνωστά περιστατικά βίας μετά την αποδέσμευσή του.

Ερώτηση: Διέθετε η ψυχιατρική ομάδα επαρκή στοιχεία για να θεωρήσει τον ασθενή επικίνδυνο για τη φίλη του και, επομένως, για να δικαιολογήσει την παραβίαση του απορρήτου;

- **ΝΑΙ**, η έντονη συμπεριφορά, η αποξένωση, το άγχος και οι περιέργες δραστηριότητές του σε συνδυασμό με το πρόσφατο ιστορικό του χωρισμού και τις παρούσες ενδείξεις επιθυμίας για βία εναντίον μιας άγνωστης γυναίκας είναι αρκετά ανησυχητικές ώστε να δικαιολογούν μια παρέμβαση ακόμα κι αν αυτό απαιτεί παραβίαση του ιατρικού απορρήτου.
- **ΟΧΙ**, δεν έχουμε το δικαίωμα να υποθέσουμε ότι ο ασθενής θα είναι επικίνδυνος στο μέλλον μόνο και μόνο επειδή δείχνει κάποια σημάδια βίαιων τάσεων στο παρόν. Βιώνει, άλλωστε, μια δύσκολη περίοδο στη ζωή του και όταν αισθανθεί καλύτερα μπορεί να μην έχει υπολειπόμενες τάσεις για βία. Η διατήρηση της εμπιστοσύνης και της εμπιστευτικότητας του τώρα θα του επιτρέψει να παραμείνει κοντά στο σύστημα παροχής ιατρικής περίθαλψης στη χρόνια φάση της ασθένειάς του και έτσι να αποτρέψει περαιτέρω την εξωτερίκευση των βίαιων εκδηλώσεων.

Συζήτηση

Η ικανότητα των ψυχιάτρων να δισισθάνονται με ακρίβεια τη μελλοντική επικινδυνότητα είναι ένα ουσιαστικό χαρακτηριστικό των περιπτώσεων που μοιάζουν με εκείνη του Tarasoff. Η περίπτωση

του Η αποτελεί παράδειγμα αυτής της πολυπλοκότητας και προτείνει προσεγγίσεις για την επίλυση προβλημάτων κλινικής αξιολόγησης.

Η αξιολόγηση της βίας προϋποθέτει την κατανόηση του είδους της βλάβης, της σοβαρότητας της βλάβης, της επικείμενης βλάβης και της πιθανότητας βλάβης. Οι παράγοντες κινδύνου για μελλοντική βία περιλαμβάνουν ιστορικό βίας, παρορμητικότητα, αντίδραση στη βία, κίνητρα για διατήρηση αυτοελέγχου και χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, τα οποία θα πρέπει να τεκμηριώνονται επαρκώς.

Οι αποφάσεις της περίπτωσης Tarasoff περιλαμβάνουν τον «επικείμενο κίνδυνο για ταυτοποιημένα πρόσωπα» ως κατευθυντήρια γραμμή για το πότε επιβάλλεται το καθήκον προειδοποίησης. Σε αντίθεση με την υπόθεση Tarasoff και με άλλες παρόμοιες, στην παρούσα υπόθεση δεν γίνονται σαφείς απειλές, με τον Η να αρνείται ότι θέλει να βλάψει τη φίλη του. Καθιστώντας προβληματικό οποιοδήποτε σαφές πρότυπο για τα «αναγνωρίσιμα πρόσωπα», η βίαιη ποίηση του Η συνεπάγεται γραφικές και ενοχλητικές εικόνες σχετικά με τη δολοφονία μιας άγνωστης γυναίκας με χαρακτηριστικά παρόμοια με τη φίλη του, αλλά χωρίς να την κατονομάζει ρητά. Ούτε ο επικείμενος κίνδυνος μπορεί να επαληθευτεί, καθώς ο Η αρνείται οποιαδήποτε πρόθεση, σχέδια ή εξωτερικά σημάδια θυμού προς τη φίλη του. Ωστόσο, δεδομένων αυτών των συνθηκών, η κοπέλα του μπορεί να τοποθετηθεί φυσικά και βάσει πρόβλεψης στη ζώνη κινδύνου του ασθενούς, και ως εκ τούτου η προειδοποίησή της ήταν θεμιτή. Οι πλήρως ακριβείς προβλέψεις πιθανής βίας δεν είναι τόσο κεντρικές για το Tarasoff, όσο η βασική έννοια του καθήκοντος προειδοποίησης και της διαφύλαξης της δημόσιας ασφάλειας.

Στην επαγγελματική κρίση που απαιτείται σε καταστάσεις παρόμοιες με το Tarasoff είναι δύσκολο να φτάσει κανείς μεμονωμένα· η αναζήτηση συμβουλών από συναδέλφους ή ειδικούς της ιατροδικαστικής ψυχιατρικής δύναται να βοηθήσει στην παροχή σαφήνειας και ήταν η καλύτερη επιλογή στην περίπτωση του κ. Η. Είναι χρήσιμο να αποφευχθεί η κατηγορηματική μονοδιάστατη

συλλογιστική (για παράδειγμα, όπως δείχνει η περίπτωση του κ. Η, καθιστώντας την έκφραση του ονόματος του πιθανού θύματος αποκλειστικό κριτήριο παρέμβασης) και να προσεγγίσουμε την απόφαση ως μια ολοκληρωμένη πολυδιάστατη αξιολόγηση του κινδύνου των ασθενών και της τρωτότητας της κοινωνίας.

Ο ψυχίατρος πρέπει να κατανοήσει το προφίλ κινδύνου του δυνητικά επικίνδυνου ασθενή και να προσδιορίσει μεμονωμένους παράγοντες κινδύνου για την επικινδυνότητα, όπως η ικανότητα επικοινωνίας υπό πίεση, η οποία μειώθηκε στον κ. Η. Αντίστοιχα, είναι σημαντικό να εντοπιστούν παράγοντες κοινωνικού κινδύνου για ένα πιθανό θύμα, όπως η δυνατότητα αποφυγής του ασθενούς κατά την αποδέσμευσή του από την κλινική. Η πρώην φίλη του κ. Η ήταν πιθανώς σε θέση να τον αποφύγει, αλλά διατήρησαν διαδίκτυακή επαφή μεταξύ τους, καθώς μοιράζονταν κοινούς φίλους.

Εν τέλει, οποιαδήποτε πιθανή παρέμβαση για προειδοποίηση ή προστασία πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση και με εκτίμηση των απρόοπτων στοιχείων κάθε εμπλεκόμενης σχέσης. Οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου για βία θα πρέπει να έχουν χαμηλό όριο παρέμβασης και αντίστροφα.

Περίπτωση ενδέκατη²¹:

Ο Α, ένας 20χρονος άγαμος άνδρας, εισήχθη στο νοσοκομείο 18 μήνες αφού μαχαίρωσε έναν άγνωστο στο λαιμό. Είχε επιχειρήσει επιθέσεις στη μητέρα του και σε πολλά μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου, επιδεικνύοντας μια σειρά συμπεριφορών που συνάδουν με τις διαγνώσεις του DSM-IV για αλκοολισμό και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Συχνά άκουγε τη φωνή του νεκρού πατέρα του να του λέει: «Σκότωσε, σκότωσε!» και «Πέθανε, πεθάνε!» Συγκεκριμένα, ήταν η φωνή που τον διέταξε να σκοτώσει τη μητέρα του. Αρνήθηκε να επιτρέψει την επικοινωνία με την οικογένειά του ή τη συμμετοχή στη θεραπεία του, αλλά ζήτησε βοήθεια με τις φωνές. Δεν είχε κανένα άλλο σημάδι ψύχωσης και η

²¹ Βλ. *Li Suk Han Hana v. Sun Tien Lun Catherine*, [2005] H.K.C. 758; *Sharda v. Dharmpal*, 2 LRI 173 (Ind. Sup. Ct. 2003).

αντιψυχωσική φαρμακευτική αγωγή που έλαβε του έφερε ελάχιστη ανιχνεύσιμη ανακούφιση.

Με τις παραισθήσεις εντολής, το προσωπικό ανησυχούσε για ένα πιθανό καθήκον προς τρίτους. Το προσωπικό κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, σε ένα περιβάλλον «ανοιχτής πτέρυγας», υπήρχε υποχρέωση προειδοποίησης, όμως η μεταφορά του σε κλειστή μονάδα απορρίφθηκε ως υπερβολικά οπισθοδρομική. Το προσωπικό πρότεινε ένα προσχέδιο επιστολής που θα ενημέρωνε τη μητέρα του Α για τον κίνδυνο που αποτελούσε προς αυτήν, το οποίο θα χρυσίμεινε, επίσης, για την τεκμηρίωση της αντιμετώπισης εκ μέρους του προσωπικού των απειλών του γιου της. Αποφασίστηκε να συμμετάσχει στον μέγιστο βαθμό ο ασθενής στη διαδικασία. Ο θεραπευτής του κυρίου Α εξέτασε την επιστολή και το σκεπτικό του συνοδού μαζί με τον Α. Η επιστολή ανέφερε ότι ο ασθενής «φοβόταν ότι μπορεί να βλάψει (τη μητέρα του)». Ο Α συμφώνησε με το περιεχόμενο της επιστολής και επέμεινε να μιλήσει με τη μητέρα του πριν το προσωπικό ταχυδρομήσει την επιστολή, φοβούμενος ότι το γράμμα θα έκανε τη μητέρα του να επιθυμήσει να μην του ξαναμιλήσει ποτέ. Η μητέρα του απάντησε αρχικά στο γράμμα λέγοντας ότι έπρεπε να «κλειδωθεί και να πετάξει το κλειδί». Κατά τη διάρκεια της συνομιλίας που ακολούθησε, ωστόσο, δήλωσε ανοιχτά, «Σ' αγαπώ». Ο Α απάντησε: «Κι εγώ σε αγαπώ» και άρχισαν να κλαίει και οι δύο.

Στη συνέχεια, ο Α τήρησε μια προσωρινή συμφωνία με τον θεραπευτή να μην δει τη μητέρα του εκτός του περιβάλλοντος θεραπείας. αλλά συνέχισε να τηλεφωνεί σε εκείνη και την υπόλοιπη οικογένεια κάθε μέρα. Αν και η μητέρα του προσέφερε εθελοντικά πληροφορίες στο προσωπικό μέσω τηλεφώνου, αρνήθηκε να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπεία του γιου της. Δεν χρειάστηκε καμία πολιτική δέσμευση ή περαιτέρω παρέμβαση για τον Α.

Ερώτηση: Θα έπρεπε η ομάδα ψυχιάτρων να εμπλέξει τον ασθενή στη διαδικασία παραβίασης του απορρήτου;

- ΝΑΙ, μια ανοιχτή διαδικασία είναι ο καλύτερος τρόπος για να

διατηρηθεί η εμπιστοσύνη του ασθενούς μακροπρόθεσμα και να ενισχυθεί η θεραπευτική συμμαχία.

- ΟΧΙ, η συμμετοχή του ασθενούς μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την αντικειμενικότητα μιας παρέμβασης που απευθύνεται σε εξωτερικά μέρη.

Συζήτηση: Ηθικές Αρχές και Κλινικός Πραγματισμός

Η περίπτωση του Α δείχνει πως στην κλινική πράξη πολλές από τις φαινομενικές συγκρούσεις πολλαπλών καθηκόντων του ψυχιάτρου μπορούν να συμφιλιωθούν ή μία με την άλλη ή τουλάχιστον να αμβλυνθούν.

Πρώτον, είναι απαραίτητο να διατηρηθεί η θεραπευτική συμμαχία όποτε αυτό είναι δυνατόν. Είναι χρήσιμο να προσεγγίζουμε την παραβίαση του απορρήτου με τρόπο παρόμοιο με την ενημερωμένη συγκατάθεση για θεραπεία: να διατηρείται μια ανοιχτή διαδικασία συλλογής και ανταλλαγής πληροφοριών και να μην επιλέγεται η εξαπάτηση. Αυτή, βέβαια, δεν είναι μια απλή διαδικασία και χρειάζεται ένα είδος δημιουργικότητας. Η εμπιστοσύνη και η εμπιστευτικότητα μπορούν να διατηρηθούν στο μέγιστο βαθμό με την εξέταση της παραβίασης μαζί με τον ασθενή. Στην περίπτωση του Α, ως μέσο επικοινωνίας επιλέχθηκε ένα γράμμα. Εδώ, η ενεργή εμπλοκή του ασθενή στη διαδικασία και η παροχή μιας αφιερωμένης σε εκείνον χρονικής περιόδου, κάτι που συμβολίζει και αναπαριστά τις απειλές του, ήταν αποτελεσματική στην εκ νέου σύλληψη του νοήματος και της πηγής τέτοιων συναισθημάτων, συχνά διαχεόντάς τα. Η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία επικοινωνίας των προειδοποιήσεων βοηθά στην ενίσχυση της θεραπευτικής συμμαχίας παρέχοντας στον ασθενή τη γνώση της πρόθεσης του θεραπευτή να προστατεύσει τόσο τον ίδιο όσο και τους κοντινούς του ανθρώπους.

Όπως είδαμε στη μελέτη που αναφέρεται στη συζήτηση της πρώτης περίπτωσης (παραπάνω), οι παραβιάσεις του απορρήτου σε ακραίες περιπτώσεις δεν έχει βρεθεί ότι κλονίζουν την εμπιστοσύνη και αυτό θα ήταν λιγότερο πιθανό όταν εμπλέκουμε τους

ασθενείς σε μια κοινή απόφαση – σε μια διαδικασία κατασκευής. Όπως και με τη θέσπιση του καθήκοντος εμπιστευτικότητας, που απορρέει από τη θεραπευτική σχέση, η απαραίτητη παραβίαση του απορρήτου μπορεί να γίνει μια αμοιβαία διαδικασία· αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την ανάγκη να ζητήσει ο θεραπευτής την άδεια του ασθενή πριν μιλήσει με τα εμπλεκόμενα άτομα ή την αστυνομία, ακόμα και αν η άρνηση θα οδηγήσει σε ενέργεια αντίθετη προς τις επιθυμίες του ασθενή.

Πολλές από τις νομικές και ηθικές συζητήσεις σχετικά με το ατομικό απόρρητο έναντι της δημόσιας ασφάλειας μπορούν να επηρεαστούν από τα πραγματιστικής ποιότητας βήματα που θα βοηθήσουν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να αποφύγουν τα καταστροφικά αποτελέσματα. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να εντοπίσει και να μειώσει όσο το δυνατόν περισσότερο παράγοντες που τυχόν επιδεινώνουν την κατάσταση και που αφορούν τη διαχειριζόμενη φροντίδα και τους περιορισμένους πόρους. Η υποστήριξη πιο διεξοδικών αξιολογήσεων, οι παρατεταμένες νοσηλείες όταν είναι απαραίτητο και η συνηγορία των ασθενών από τρίτους αναθεωρητές μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή της λήψης πρόωρου εξιτηρίου από το νοσοκομείο ή στον τερματισμό της περίθαλψης για έναν δυνητικά επικίνδυνο ασθενή, καθώς και να αποτρέψει την ανάγκη παραβίασης του απορρήτου.

Μέσα σε ένα πλαίσιο οικογενειακών συστημάτων, η απόφαση Tarasoff μπορεί να μετατραπεί σε θεραπευτικό πλεονέκτημα. Όσο το δυνατόν περισσότερο, η ενσωμάτωση των εμπλεκόμενων αγαπημένων προσώπων σε ένα σχέδιο θεραπείας μπορεί να είναι αποτελεσματική στο φιλτράρισμα μελλοντικών απειλών βίας. Η εκπαίδευση ασθενών και οικογενειών σχετικά με τους προβλέψιμους κινδύνους υποτροπής και η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου σχεδίου θεραπείας για την αντιμετώπιση αυτού ακριβώς του κινδύνου υποτροπής αποτελούν κρίσιμα στοιχεία αυτής της προσέγγισης. Από την άλλη πλευρά, η γνώση των οικογενειακών ανησυχιών σχετικά με τη δική τους ασφάλεια από έναν αναξιόπιστο μπορεί να οδηγήσει τον δυνητικά ασταθή και επικίνδυνο ασθενή να λάβει εξιτήριο.

Αν υπάρχει φόβος για βίαιες τάσεις σε έναν ασθενή τότε η προσοχή στην ασφάλεια και την ευημερία του κατά τη διάρκεια μιας κλινικής συνεδρίας ή κατά την εισαγωγή του στην κλινική μπορεί να είναι ένας τρόπος για να μετριαστεί η πηγή αυτών των τάσεων. Ομοίως, συχνά παραμελείται η διασφάλιση της ασφάλειας του ασθενούς μετά την αποδέσμευσή του από το νοσοκομείο, η οποία μπορεί από μόνη της να αποτελέσει έναυσμα για βία όταν ο σχεδιασμός για παρακολούθηση εξωτερικών ασθενών είναι ανύπαρκτος ή ανεπαρκής. Οποιαδήποτε μακροχρόνια ή μη μυωπική διαχείριση αποφάσεων που μοιάζουν με το Tarasoff πρέπει να περιλαμβάνει τον ασθενή μεταξύ των πιθανών θυμάτων του ίδιου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΝΙΚΗΣ ΔΙΚΗΣ

Α. ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΔΙΚΑΣΤΕΙ

1. Αξιολογήσεις

Περίπτωση:

Ασκήθηκε δίωξη για φόνο στον ΕΣ βάσει της συμμετοχής του στην ένοπλη ληστεία ενός παντοπωλείου, κατά την οποία ένας ταμίας πυροβολήθηκε θανάσιμα από τον συνεργό του.²² Στη συνέχεια, το πρωτοβάθμιο δικαστήριο διέταξε το κράτος να οργανώσει μια ψυχιατρική αξιολόγηση για να καθορίσει την ικανότητα του S να δικαστεί, παρόλο που ο συνήγορος υπεράσπισης δεν είχε θίξει ούτε αυτό το στοιχείο, ούτε την ψυχική του υγεία τη στιγμή του αδικήματος. Ο Δρ. Grigson²³ αφού εξέτασε τον κατηγορούμενο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ήταν ικανός και, στην επιστολή του προς το δικαστήριο, πρόσθεσε ότι ο κατηγορούμενος «γνώριζε το σωστό από το λάθος». Απροσδόκητα, ο συνήγορος υπεράσπισης δεν ενημερώθηκε ποτέ ότι επρόκειτο να πραγματοποιηθεί αυτή η εξέταση.

Αφού οι ένορκοι καταδίκασαν τον S για φόνο, η Πολιτεία κάλεσε τον Δρ. Grigson να καταθέσει στην ακρόαση της ποινής. Μετά από μια *voir dire* ακρόαση, κατέθεσε:

(α) ότι ο S «είναι πολύ έντονα κοινωνιοπαθής»· (β) ότι «θα εξακολουθήσει την προηγούμενη συμπεριφορά του»· (γ) ότι η κοινωνικοπαθητική κατάστασή του μπορεί «μόνο θα επιδεινωθεί»· (δ) ότι δεν «ενδιαφέρεται για την παρουσία ενός άλλου ανθρώπου ή για τη ζωή του, ανεξάρτητα από το ποιος μπορεί να είναι»· (ε) ότι «[δεν] υπάρχει καμία θεραπεία, κανένα φάρμακο που με οποιονδήποτε τρόπο τροποποιεί ή αλλάζει αυτή τη συμπεριφορά»· (στ) ότι «θα προχωρήσει και θα διαπράξει και άλλες παρό-

²² Αυτή η υπόθεση αναφέρεται στο *Estelle v. Smith*, 451 U.S. 454 (1981).

²³ Ο Δρ. Grigson είναι ο ίδιος μάρτυρας που θα κατέθεσε στη μελλοντική υπόθεση επικινδυνότητας, η οποία θα συζητηθεί παρακάτω, στο κεφάλαιο 4.

μοιες ή ίδιες εγκληματικές πράξεις αν του δοθεί η ευκαιρία να το πράξει»· και (ζ) ότι «δεν έχει τύψεις ή λύπη για όσα έχει κάνει». Το δικαστήριο καταδίκασε τον S σε θάνατο.

Ο S τελικά υπέβαλε αίτηση για habeas corpus στο ομοσπονδιακό περιφερειακό δικαστήριο. Αυτό το δικαστήριο ακύρωσε τη θανατική του ποινή, διαπιστώνοντας ότι ήταν συνταγματικό λάθος η εισαγωγή της κατάθεσης του Δρ. Grigson στη φάση της ποινής. Το Εφετείο Fifth Circuit επιβεβαίωσε αυτήν την απόφαση, υποστηρίζοντας ότι οι «καταστροφικές» συνέπειες της «αιφνιδιαστικής» χρήσης του Δρ. Grigson ως μάρτυρα στην τελική φάση της δίκης στέρψαν από τον S τη δίκαιη διαδικασία.

Ερώτηση: Ήταν ανήθικη η ψυχιατρική μαρτυρία για μελλοντική επικινδυνότητα;

- Ναι. Υποχρέωσε τον κατηγορούμενο να είναι μάρτυρας εναντίον του εαυτού του χωρίς να του προσφέρει τη συνταγματικά απαιτούμενη νομική προστασία.
- Όχι. Μόλις ανακοινώθηκε η ικανότητά του να δικαστεί, ο εξεταζόμενος ψυχίατρος ήταν ελεύθερος να ανακρίνει τον κατηγορούμενο για όλα τα πιθανά σχετικά θέματα.

Τι είπε το Ανώτατο Δικαστήριο:

Το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ χορήγησε εντολή επανεξέτασης (certiorari). Γράφοντας για την πλειονότητα, ο Πρόεδρος της Δικαιοσύνης στράφηκε πρώτα στην ερώτηση της Πέμπτης Τροποποίησης σχετικά με το αν η μαρτυρία του Δρ. Grigson παραβίαζε το προνόμιο του S κατά της αυτο-ενοχοποίησης και απέρριψε τον ισχυρισμό του κράτους περί αδυναμίας εφαρμογής της βάσει της θεωρία ότι η μαρτυρία του Δρ. Grigson αφορούσε την τιμωρία και όχι την ενοχή. Η Πέμπτη Τροποποίηση, όπως διαπίστωσε το Δικαστήριο, επεκτάθηκε σε «οποιαδήποτε ποινική υπόθεση» και απαγόρευσε στο κράτος να παράγει στοιχεία «για να καταδικάσει και να τιμωρήσει» ένα άτομο «με την απλή, σκληρή μέθοδο εξα-

ναγκασμού από τα χείλη του».

Επειδή η διαθεσιμότητα του προνομίου ενεργοποιεί «την έκθεση που προσκαλεί», ακριβώς όπως εμποδίζει τον κατηγορούμενο να γίνει «το παραπλανημένο όργανο της δικής του πεποίθησης», τον προστατεύει «από το να γίνει το «εξαπατημένο όργανο» της δικής του εκτέλεσης». Επομένως, δεν υπήρχε «καμία βάση για τη διάκριση» μεταξύ των φάσεων της ενοχής και τα επίπεδα κυρώσεων μιας δίκης με θανατική ποινή, για τους σκοπούς του προνομίου της Πέμπτης Τροποποίησης, δεδομένης της «βαρύτητας της απόφασης που θα ληφθεί στη φάση της ποινής».

Το Δικαστήριο έκρινε περαιτέρω ότι όταν ο Δρ. Grigson προχώρησε πέρα από την «απλή αναφορά στο δικαστήριο του θέματος της ικανότητας» και αντ' αυτού κατέθεσε ως μάρτυρας κατηγορίας, «ο ρόλος του άλλαξε και μετατράπηκε ουσιαστικά σε εκείνον ενός κρατικού πράκτορα που εξιστορούσε απροειδοποίητες δηλώσεις που έγιναν σε καθεστώς κράτησης μετά τη σύλληψη», παραβιάζοντας έτσι τα δικαιώματα της Πέμπτης Τροποποίησης του κατηγορουμένου. Το Δικαστήριο υπογράμμισε πως «ένας κατηγορούμενος, ο οποίος ούτε έχει αρχίσει μια ψυχιατρική αξιολόγηση ούτε επιχειρεί να παρουσιάσει ψυχιατρικά στοιχεία, δεν μπορεί να υποχρεωθεί να απαντήσει σε έναν ψυχίατρο αν οι δηλώσεις του μπορούν να χρησιμοποιηθούν εναντίον του στη διαδικασία απόδοσης θανατικής ποινής».

Πρόκειται για την κατεξοχήν υπόθεση του Ανωτάτου Δικαστηρίου των ΗΠΑ που αντικατοπτρίζει τα υποκείμενα ηθικά πρότυπα. Σύμφωνα με το Πρότυπο 5 της Δήλωσης της Μαδρίτης (Declaration of Madrid), «όταν ζητείται από τους ψυχιάτρους να αξιολογήσουν ένα άτομο, είναι καθήκον τους να ενημερώσουν το άτομο που αξιολογείται για τον σκοπό της παρέμβασης». Ο Δρ. Grigson σαφώς (και, βάση οποιασδήποτε ερμηνείας των αποδεικτικών στοιχείων, σκόπιμα) παραβίασε αυτό το πρότυπο.

2. Αποκατάσταση της ικανότητας

Περίπτωση:

Ο Κ.Δ. κατηγορήθηκε για σεξουαλική εκμετάλλευση παιδιών, κρίθηκε ανίκανος να δικαστεί και στη συνέχεια εγκλείσθηκε σε ιατροδικαστικό ψυχιατρείο προκειμένου να προσδιοριστεί η πιθανότητα αποκατάστασης της ικανότητας του.²⁴ Ενώ νοσηλεύονταν, εγγράφηκε στην «Ομάδα Αποκατάστασης Ικανοτήτων» της μονάδας και ο ψυχίατρος, από κοινού με τον ψυχολόγο του προσωπικού πιστοποίησαν ότι η ικανότητά του να δικαστεί είχε, στη συνέχεια, αποκατασταθεί. Σε επόμενη ακρόαση, εντούτοις, ο πραγματογνώμονας του κατηγορουμένου κατέθεσε ότι ο κατηγορούμενος – ο οποίος είχε μέτρια νοητική υστέρηση – δεν ήταν ικανός και σημείωσε τα εξής, σχετικά με το πρόγραμμα στο οποίο ο κατηγορούμενος «δήλωσε συμμετοχή» κατά τη νοσηλεία του: Είναι απίθανο αυτή η ελαττωματική κατάσταση να βελτιωθεί μέσω στρατηγικών παρέμβασης ή των προσπαθειών θεραπείας. Στην καλύτερη περίπτωση, οι διαδικασίες παρέμβασης μπορεί να προκαλέσουν μια περιληπτική επανάληψη λεκτικών όρων σχετικά με τις παραπάνω απαιτήσεις για την επίτευξη ικανότητας, αλλά αυτές οι ρυθμισμένες λεκτικές εκφράσεις θα είναι κούφιας και χωρίς γνωστική κατανόηση ή εκτίμηση του περιεχομένου.

Ερώτηση: Είναι η χρήση τέτοιων διαδικασιών αποκατάστασης συνεπής με την ορθή κλινική πρακτική;

- Ναι. Ο ρόλος του επαγγελματία ψυχικής υγείας είναι να βοηθήσει στην αποκατάσταση και τίποτα από όσα έγιναν δεν παραβιάζει το νόμο ή τα ηθικά πρότυπα.
- Όχι. Τέτοιες διαδικασίες αποφεύγουν να εξετάσουν το σημαντικό ηθικό ζήτημα της συνειδητοποιημένης συναίνεσης.

²⁴ Αυτή η υπόθεση αναφέρεται ως State v. Duhon, 109 P.3d 1282 (Kan. App. 2005).

Τι είπε το δικαστήριο:

Το δικαστήριο διαπίστωσε ότι ενώ ο κατηγορούμενος φαινόταν να έχει πραγματική κατανόηση της διαδικασίας, δεν υπήρχαν αξιόπιστες αποδείξεις ότι μπορούσε (1) να συμβουλευτεί τον δικηγόρο με έναν εύλογο βαθμό ορθολογικής κατανόησης. (2) να βοηθήσει με τρόπο διαφορετικό στην υπεράσπιση, ή (3) να έχει ορθολογική κατανόηση της ποινικής διαδικασίας. Έτσι, τον έκρινε ανίκανο να δικαστεί. Κατά τη γνωμοδότησή της, προέβη στο εξής συμπέρασμα:

Ο Δρ. Berger κατέθεσε ότι, από όσο γνωρίζει, τα προγράμματα αποκατάστασης ικανοτήτων είναι ευρέως αποδεκτά στην ιατρική και ψυχολογική κοινότητα. Ωστόσο, ούτε εκείνος παρείχε, ούτε η κυβέρνηση πρόσφερε, άρθρα, ή αξιολόγηση από ομοτίμους, ή κάποιο άλλο ειδικό γραπτό που να υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα της πρακτικής. Όταν ρωτήθηκε σχετικά με το αν η κυρία Perry [η ιατροδικαστική ψυχολόγος] στήριξε το πρωτόκολλό της σε οποιαδήποτε αποδεκτή μελέτη ή κλινική προσέγγιση, ο Δρ. Berger κατέθεσε ότι δεν γνώριζε.

Αναφερόμενη στα «μαθήματα αποκατάστασης ικανοτήτων» εν γένει, η Δρ. Debra Pinels, μια εξέχουσα ιατροδικαστική ψυχίατρος, είπε το εξής:

Η βιβλιογραφία γύρω από την αποκατάσταση της ικανότητας δεν έχει ασχοληθεί με τη διαδικασία ενημερωμένης συναίνεσης για τη συμμετοχή στον προγραμματισμό, τη διαχείριση καταστάσεων όπου οι κατηγορούμενοι ενδέχεται να εγείρουν ενοχοποιητικές πληροφορίες κατά τη συμμετοχή σε μια εκπαιδευτικής ομάδας, ή με τις συνέπειες της άρνησης ενός κατηγορούμενου να συμμετάσχει στον προγραμματισμό αποκατάστασης. Αυτές οι λεπτομέρειες θα μπορούσαν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες στους κλι-

νικούς γιατρούς που συμμετέχουν στον προγραμματισμό αποκατάστασης, καθώς και στους δικηγόρους των οποίων οι πελάτες μπορεί να συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα. Περαιτέρω ανασκόπηση και συζήτηση αυτών των διαφοροποιήσεων θα συμβάλουν στην κατανόηση της διαδικασίας αποκατάστασης.

Βεβαίως, η ανάγκη απόκτησης ενημερωμένης συναίνεσης είναι ουσιαστική προϋπόθεση σε όλα τα διάφορα πρότυπα που διέπουν τη συμπεριφορά των ιατροδικαστών επαγγελματιών ψυχικής υγείας (βλ. π.χ. Διακήρυξη της Μαδρίτης, δήλωση σχετικά με την «Ηθική της Ψυχοθεραπείας»; AAPL Guidelines, Standard 3, «Η συναίνεση είναι μία από τις βασικές αξίες της ηθικής πρακτικής της ιατρικής και της ψυχιατρικής»; Specialty Guidelines, Forensic Psychology, Standard IV E 1). Το γεγονός ότι μαθήματα όπως αυτό που τέθηκε ενώπιον του δικαστηρίου στην υπόθεση του κ. D. διεξάγονται τακτικά, και χωρίς ιδιαίτερη ανησυχία για το δίλημμα που θέτει ο Ronald Schouten, δικηγόρος ψυχίατρος – ότι το «επιφανειακό επίτευγμα παρά η απόκτηση από τους κατηγορούμενους σύνθετων δεξιοτήτων που απαιτούνται για να βοηθήσουν στην υπεράσπισή τους» είναι το σύστημα μέτρησης της επιτυχίας σε τέτοια προγράμματα – εγείρει ένα ακόμη επίπεδο ηθικής ανησυχίας για το τι πραγματικά συμβαίνει.

3. Το δικαίωμα στην άρνηση φαρμακευτικής αγωγής

Πρώτη εκδοχή:

Ένα από τα πιο επίμονα και επίμαχα διλήμματα σε αυτόν τον τομέα του δικαίου, της ψυχιατρικής και της δημόσιας τάξης είναι το ερώτημα αν ένας κατηγορούμενος που είναι επί του παρόντος ανίκανος να δικάσσει μπορεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή αποκλειστικά και μόνο για να τον καταστήσει ικανό να δικάσσει. Μολονότι αυτό το ερώτημα απαντήθηκε οριστικά με επίσημη απόφαση από το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών στην υπόθεση *Sell v. United States*, αυτή η απόφαση δεν εξέτασε προσεκτικά τα υποκείμενα ηθικά επιχειρήματα.²⁵

Ο C.S., πρώην ασκούμενος οδοντίατρος, κατηγορήθηκε για διάφορες κατηγορίες απάτης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, απάτης του Medicaid και για ξέπλυμα χρήματος αναφορικά με την υποβολή πλαστών αιτήσεων αποζημίωσης στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση για πληρωμή. Βρέθηκε ανίκανος να δικάσσει και διατάχθηκε να νοσηλευτεί για έως και τέσσερις μήνες προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπήρχε «ουσιαστική πιθανότητα» να αποκτήσει την ικανότητα. Δύο μήνες μετά τη νοσηλεία, το προσωπικό του νοσοκομείου συνέστησε στον S. να πάρει αντιψυχωσικά φάρμακα και ο S. αρνήθηκε.

Ένας δικαστής διαπίστωσε ότι ο S. αποτελούσε κίνδυνο για τον ίδιο και τους άλλους στο νοσοκομείο και ότι «η κυβέρνηση έχει δείξει με όσο το δυνατόν πιο ισχυρό τρόπο ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι ο μόνος τρόπος για να καταστήσουν τον κατηγορούμενο μη επικίνδυνο και ικανό να δικάσσει». Το περιφερειακό δικαστήριο επιβεβαίωσε την εντολή του δικαστή, θεωρώντας ότι το συγκεκριμένο φάρμακο αντιπροσώπευε τη «μόνη βιώσιμη ελπίδα να καταστεί ο κατηγορούμενος ικανός να δικάσσει» και φάνηκε «απαραίτητο για να εξυπηρετήσει το επιτακτικό συμφέρον της κυβέρνησης να επιδικάσει την ενοχή ή την αθωότητα του κατηγορουμένου για πολλές και σοβαρές κατηγορίες». Το Εφετείο Eighth

²⁵ Αυτή η περίπτωση αναφέρεται στο 539 U.S. 166 (2003).

Circuit επιβεβαίωσε την απόφαση και το Ανώτατο Δικαστήριο έκανε δεκτή την αίτηση του κατηγορουμένου για certiorari. Το Ανώτατο Δικαστήριο εγκατέλειψε την απόφαση του Eighth Circuit και παρέπεμψε την υπόθεση για περαιτέρω διαδικασίες. Το Δικαστήριο αναγνώρισε ότι ο S. είχε συμφέρον ελευθερίας (liberty interest) ως προς την αποφυγή της ακούσιας χορήγησης αντιψυχωσικών φαρμάκων, και αυτό το συμφέρον προστατεύεται από τη ρήτρα δέουσας διαδικασίας της Πέμπτης Τροποποίησης έναντι όλων εκτός από τα «ουσιώδη» ή «υπάρχοντα» κρατικά συμφέροντα.

Το Δικαστήριο έκρινε:

Οι [προηγούμενες] υποθέσεις [μας] δείχνουν ότι το Σύμβαγμα επιτρέπει στην κυβέρνηση να χορηγεί ακούσια αντιψυχωσικά σε έναν ψυχικά άρρωστο κατηγορούμενο που αντιμετωπίζει σοβαρές ποινικές κατηγορίες προκειμένου να καταστήσει αυτόν τον κατηγορούμενο αρμόδιο να δικαστεί, αλλά μόνο αν η θεραπεία είναι ιατρικά κατάλληλη, αν είναι ουσιαστικά απίθανο να υπάρχουν παρενέργειες που μπορεί να υπονομεύσουν τον δίκαιο χαρακτήρα της δίκης και, λαμβάνοντας υπόψη τις λιγότερο παρεμβατικές εναλλακτικές, αν είναι απαραίτητα για την περαιτέρω προώθηση σημαντικών κυβερνητικών συμφερόντων που σχετίζονται με τη δίκη.

Το Συνέδριο εξέτασε αυτούς τους παράγοντες χωριστά. Πρώτον – χρησιμοποιώντας πλάγιους χαρακτήρες για να τονίσει τις λέξεις-κλειδιά – σημείωσε: ένα δικαστήριο «πρέπει να διαπιστώσει ότι διακυβεύονται σημαντικά κυβερνητικά συμφέροντα». Η προσαγωγή ενός ατόμου σε δίκη στην οποία κατηγορείται για «σοβαρό έγκλημα» είναι «σημαντική». Δεύτερον, πρόσθεσε, το δικαστήριο πρέπει να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι «η ακούσια φαρμακευτική αγωγή θα προωθήσει σημαντικά αυτά τα συνακόλουθα κρατικά συμφέροντα» και πρέπει να σημειωθεί ότι η χορήγηση των φαρμάκων είναι «ουσιαστικά πιθανή» να καταστήσει

τον κατηγορούμενο ικανό να δικάσει. Ταυτόχρονα, προειδοποίησε το Δικαστήριο, το πρωτοβάθμιο δικαστήριο πρέπει να διαπιστώσει ότι η χορήγηση των φαρμάκων «είναι ουσιαστικά απίθανο να έχει παρενέργειες που θα επηρεάσουν σημαντικά την ικανότητα του κατηγορουμένου να βοηθήσει τον συνήγορο στη διεξαγωγή μιας δικαστικής υπεράσπισης, καθιστώντας έτσι τη δίκη άδικη».

Τρίτον, το πρωτοβάθμιο δικαστήριο πρέπει να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ακούσια φαρμακευτική αγωγή είναι «*απαράιτη* για την προώθηση αυτών των συμφερόντων» και ότι «οποιοσδήποτε εναλλακτικές, λιγότερο παρεμβατικές θεραπείες είναι απίθανο να επιτύχουν ουσιαστικά τα ίδια αποτελέσματα». Τέλος, το πρωτοβάθμιο δικαστήριο πρέπει να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι «η χορήγηση των φαρμάκων είναι *ιατρικά κατάλληλη*, δηλαδή προς το βέλτιστο ιατρικό συμφέρον του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη την ιατρική του κατάσταση».

Το Δικαστήριο τόνισε ότι το κυβερνητικό συμφέρον σύμφωνα με αυτό το πρότυπο είναι το συμφέρον να καταστεί ο εναγόμενος αρμόδιος να δικάσει:

Ένα δικαστήριο δεν χρειάζεται να εξετάσει αν θα επιτρέψει την καταναγκαστική φαρμακευτική αγωγή για τέτοιου είδους σκοπούς, εάν η καταναγκαστική φαρμακευτική αγωγή δικαιολογείται για διαφορετικό σκοπό, [π.χ.] στην περίπτωση που σχετίζεται με την επικινδυνότητα του ατόμου, ή βάσει σκοπών που σχετίζονται με τα συμφέροντα του ίδιου του ατόμου, όπου η λήψη φαρμάκων θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία του. Υπάρχουν συχνά ισχυροί λόγοι για να αποφασίσει ένα δικαστήριο αν η αναγκαστική χορήγηση ναρκωτικών μπορεί να δικαιολογηθεί σε τέτοιες εναλλακτικές βάσεις πριν στραφεί στο ζήτημα της ικανότητας να δικάσει.

Είναι ενδιαφέρον ότι τα υποκείμενα ηθικά ερωτήματα δεν εξετάστηκαν από το Ανώτατο Δικαστήριο στην περίπτωση του S.

Ωστόσο, συζητήθηκαν σε μία από τις προηγούμενες υποθέσεις – *United States v. Weston*²⁶, του επονομαζόμενου «σκοπευτή του Capitol Hill» (Ο Weston κατηγορήθηκε για τη δολοφονία δύο αστυνομικών του Capitol Hill). Εκεί, το πρώτο επιχείρημα του κατηγορουμένου διατύπωσε τη θέση ότι ένας γιατρός δεν μπορεί να θεραπεύσει ηθικά έναν κατηγορούμενο μόνο και μόνο για να τον καταστήσει ικανό να δικαστεί, καθώς μια τέτοια ενέργεια θα έκανε τον ψυχίατρο έναν εκπρόσωπο της κυβέρνησης, παρά του ασθενούς.

Το Δικαστήριο απέρριψε αυτό το επιχείρημα, διαπιστώνοντας ότι «αγνοούσε κάθε νομική αρχή που να υποστηρίζει αυτή τη θεωρία». Για να υποστηρίξει τη θέση της, η υπεράσπιση βασίστηκε στη μαρτυρία του καθηγητή M. Gregg Bloche, ο οποίος είχε βασιστεί στις Αρχές Ιατρικής Δεοντολογίας των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με το ρόλο του υγειονομικού προσωπικού, ιδιαίτερα των ιατρών, στην προστασία των φυλακισμένων και των κρατουμένων ενάντια στα βασανιστήρια και κάθε άλλη σκληρή, απάνθρωπη ή ταπεινωτική μεταχείριση ή τιμωρία (United Nations Principles of Medical Ethics Relevant to the Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and Other Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment; «οι Αρχές του ΟΗΕ του 1982»)²⁷ και στον όρκο του Ιπποκράτη προς υποστήριξη της θέσης του. Ο καθηγητής Bloche είχε υποστηρίξει ότι αυτοί οι ηθικοί κανόνες διέπουν τη συμμετοχή ενός ψυχιάτρου στη φαρμακευτική αγωγή ενός προφυλακισμένου.

Το Δικαστήριο απέρριψε αυτή τη μαρτυρία, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι «δεν πείστηκε» ότι οι Αρχές του ΟΗΕ του 1982, όπως ερμηνεύτηκαν από τον καθηγητή Bloche, αποδείκνυαν επαρκώς το ότι θα ήταν ανήθικο για έναν ψυχίατρο να χορηγεί φαρμακευτική αγωγή σε έναν προφυλακισμένο χωρίς συναίνεση για να αποκαταστήσει την ικανότητα να δικαστεί. Οι

²⁶ Αυτή η περίπτωση αναφέρεται στο 134 F.Supp.2d 115 (D.D.C. 2001), *aff'd*, 255 F.3d 873.

²⁷ U.N.G.A. Res., Νέα Υόρκη, 18 Δεκεμβρίου 1982, U.N. Doc. A/REX/37/94.

Αρχές των Ηνωμένων Εθνών του 1982 αναφέρουν ότι «αποτελεί παραβίαση της ιατρικής δεοντολογίας για το υγειονομικό προσωπικό, και ιδιαίτερα για τους ψυχιάτρους, να εμπλέκονται σε οποιοσδήποτε επαγγελματικές σχέσεις με κρατούμενους ή κρατούμενους, σκοπός των οποίων δεν είναι μόνο η αξιολόγηση, η προστασία ή η βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας». Το Δικαστήριο σημείωσε:

Αυτές οι αρχές ήταν διαθέσιμες στην ιατρική κοινότητα των ΗΠΑ όταν αυτή καθόρισε τις δεοντολογικές της κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες ούτε εγκρίνουν ούτε απαγορεύουν την ακούσια φαρμακευτική αγωγή για έναν προφυλακισμένο. Οι πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές και συζητήσεις στους κόλπους της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης και των άλλων εταιρειών ιατρικής ηθικής των ΗΠΑ δεν έχουν υιοθετήσει το επιχείρημα που προβάλλει η υπεράσπιση. Το Δικαστήριο δεν θα δημιουργήσει ιατρικές ηθικές απαγορεύσεις όταν η ιατρική κοινότητα δεν έχει επιβάλει τέτοιες απαγορεύσεις. Ομοίως, το Δικαστήριο δεν πιστώνει την ερμηνεία εκ μέρους του καθηγητή Bloche του όρκου του Ιπποκράτη, η οποία δηλώνει, εν μέρει, ότι «σε κάθε σπίτι που έρχομαι θα μπαίνω μόνο για το καλό των ασθενών μου», σε σχέση με αυτή πολλών εξουσιοδοτημένων ιατρικών ψυχιάτρων που κατέθεσαν ότι η ιατρική δεοντολογία δεν αποκλείει την παροχή φαρμακευτικής αγωγής στον Weston.

Επομένως, ενώ το Δικαστήριο κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένας μεμονωμένος ψυχίατρος μπορεί να διαφωνήσει με την ακούσια θεραπεία του Weston με τη χορήγηση φαρμακευτική αγωγής, λόγω της ηθικής αίσθησης του ίδιου του ψυχιάτρου, δεν υπήρχε κανένα καθιερωμένο ηθικό εμπόδιο σε μια τέτοια θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, υποστηρίχθηκε από τους Δρ Howard Zonana και Δρ. Debra DePrato, οι οποίοι εκείνη την εποχή κατείχαν σημαντικές θέσεις σε επιτροπές ιατρικής δεο-

ντολογίας, «ότι η ιατρική δεοντολογία δεν αποκλείει τη φαρμακευτική αγωγή σε έναν ασθενή στην κατάσταση του Weston,» καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι «οι αρχές που ελέγχουν την ιατρική δεοντολογία σε αυτόν τον τομέα, κωδικοποιημένες από την Αμερικανική Ιατρική Ένωση και το Συμβούλιο των Ηθικών και Δικαστικών Υποθέσεων, δεν απαγορεύουν τη θεραπεία ενός ασθενούς όπως ο Weston».

Αυτό που είναι πιο ενδιαφέρον είναι ότι ούτε η *Διακήρυξη της Μαδρίτης* ούτε οι Κατευθυντήριες γραμμές της AAPL αναφέρουν τις λέξεις «ναρκωτικά» ή «φάρμακα» σε οποιοδήποτε σχετικό πλαίσιο. Αυτό το ζήτημα – και το σχετικό ζήτημα του αν ένας κατηγορούμενος μπορεί να λάβει φαρμακευτική αγωγή για να καταστεί ικανός να περάσει από δίκη – είναι από τα πιο (αν όχι το κατεξοχήν) αμφιλεγόμενα ηθικά ζητήματα που “εκτυλίσσονται” ενώπιον των δικαστηρίων αυτή τη στιγμή. Επίσης, οι Αρχές του ΟΗΕ του 1982 δεν έχουν αναφερθεί σε άλλη δικαστική απόφαση στις ΗΠΑ τα έξι χρόνια από τότε που αποφασίστηκε η ποινή του Weston (και ούτε συζητήθηκαν στο Sell). Αυτό υποδηλώνει ότι τα υποκείμενα ηθικά ζητήματα δεν βρίσκονται στο επίκεντρο της σχετικής νομικής συζήτησης.

Δεύτερη εκδοχή:

[Τα γεγονότα είναι τα ίδια όπως στην Πρώτη εκδοχή που παρατίθεται παραπάνω]

Ερώτηση: Πρέπει ο ψυχίατρος να διατάξει τη βίαιη χορήγηση του αντιψυχωσικού φαρμάκου;

- Ναι, γιατί στον Δρ. S θα πρέπει να αποκατασταθεί η ικανότητα να δικαστεί πριν από το τέλος της νοσηλείας που διατάχθηκε από το δικαστήριο για αυτόν τον σκοπό.
- Ναι, εάν ο Δρ. S αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του ή για τους άλλους.

- Όχι, γιατί ο Δρ. Σ θα έπρεπε να έχει το απόλυτο δικαίωμα να αρνηθεί τέτοια φάρμακα.

Παρατηρήσεις:

Δεν εμπίπτει στη σφαίρα του ρόλου του ψυχιάτρου να λαμβάνει αποφάσεις θεραπείας – ιδιαίτερα όσον αφορά τη θεραπεία που πρέπει να εφαρμοστεί με τη βία – με βάση οτιδήποτε άλλο εκτός από κλινικές εκτιμήσεις προς το συμφέρον του ασθενούς του/της. Η αποκατάσταση της ικανότητας να παρουσιαστεί μπροστά στο δικαστήριο είναι νομικό ζήτημα και οποιαδήποτε ακούσια νοσηλεία ή/και θεραπεία για την επίτευξη αυτού του σκοπού πρέπει να διαταχθεί από το αρμόδιο δικαστήριο σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία. Ο ψυχίατρος έχει τόσο νομική όσο και ηθική υποχρέωση να αναζητήσει νομικό σύμβουλο σχετικά με οποιαδήποτε βίαιη χορήγηση φαρμάκων.

Η ανικανότητά του να δικαστεί περιορίζει τις ενέργειες και τη λήψη αποφάσεων του ασθενή στην αίθουσα του δικαστηρίου, αλλά δεν υποδηλώνει την ανικανότητα της ολομέλειας. Η επάρκεια θα πρέπει να τεκμαίρεται – και η λήψη αποφάσεων σε άλλους τομείς να θεωρείται άθικτη – εκτός αν αξιολογηθεί κατάλληλα. Εκτός από την περίπτωση να κατατεθούν συγκεκριμένα ευρήματα που να υποδεικνύουν ότι ο ασθενής δεν είναι ικανός να λάβει αποφάσεις θεραπείας για τον εαυτό του/της, ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία. Όταν ο ασθενής είναι ανίκανος να ασκήσει σωστή κρίση λόγω ψυχικής διαταραχής, ή σοβαρής αναπηρίας ή γενικής ανικανότητας, οι ψυχίατροι θα πρέπει να συμβουλευούνται την οικογένεια και, αν χρειάζεται, να αναζητούν νομικό σύμβουλο για την προστασία της ανθρωπίνης αξιοπρέπειας και των νόμιμων δικαιωμάτων του ασθενή.²⁸

Ωστόσο, παρά τη σημασία της προσωπικής αυτονομίας και της ενημερωμένης συναίνεσης στη λήψη αποφάσεων του ασθενή

²⁸ *Madrid Declaration On Ethical Standards for Psychiatric Practice* (Ethical Standard 4). Εγκρίθηκε από τη Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας στις 25 Αυγούστου 1996 και τροποποιήθηκε από τη Γενική Συνέλευση στη Γιοκοχάμα της Ιαπωνίας τον Αύγουστο του 2002.

νούς, το δικαίωμα άρνησης θεραπείας (συμπεριλαμβανομένης της φαρμακευτικής αγωγής) δεν είναι απόλυτο. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τόσο το εκφρασμένο ενδιαφέρον όσο και το βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς – καθώς και η ασφάλεια των άλλων. Καμία θεραπεία δεν πρέπει να παρέχεται παρά τη θέληση του ασθενούς, εκτός εάν η αναστολή της θεραπείας θα έθετε σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου ή/και εκείνων που τον περιβάλλουν.²⁹

²⁹ Ibid.

A. Η ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗ ΤΗΣ ΦΡΕΝΟΒΛΑΒΕΙΑΣ

1. Το πεδίο της κατάθεσης εμπειρογνώμωνων

Περίπτωση. Ακατάλληλη γλώσσα μαρτυρίας

Ο D.D. καταδικάστηκε για φόνο πρώτου βαθμού, παρά την επίκληση της αθωότητας παραφροσύνης (με βάση την ψυχική ασθένεια και τη νοτική υστέρηση).³⁰ Στη δίκη του, ένας εμπειρογνώμονας όρισε την ψύχωση ως «μια κατάφωρη διαστρέβλωση της πραγματικότητας, όταν κάποιος είναι μόλις έξω από το αριστερό πεδίο», λέγοντας, από ό,τι φαίνεται, στο σώμα ενόρκων ότι αυτός ο ορισμός προήλθε από «ένα εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας». Ο μάρτυρας εξήγησε επίσης ότι η νομική παραφροσύνη των κατηγορουμένων θα μπορούσε να προσδιοριστεί απαντώντας στην ερώτηση: «Ήταν τόσο καθυστερημένοι που σήκωσαν ένα όπλο και νόμιζαν ότι ήταν μπανάνες».

Ερώτηση: Είναι ανήθικο για έναν εμπειρογνώμονα να χρησιμοποιεί λαϊκούς όρους που δεν βρίσκονται σε υπάρχοντα θεσπίσματα για να ορίσει την ψυχική κατάσταση του κατηγορουμένου;

- Ναι. Τέτοιοι όροι στρεβλώνουν τη νομική διαδικασία και δεν αντικατοπτρίζουν την έννοια του δικαίου εκ μέρους του εμπειρογνώμονα.
- Όχι. Η χρήση λαϊκής ορολογίας απλοποιεί πολύπλοκα θέματα για τους ενόρκους.

Τι είπε το δικαστήριο:

Κατά τη διάρκεια της γνωμοδότησης που ανατρέπει την καταδίκη του κατηγορουμένου και τον θέτει εκ νέου υπό κράτηση μέχρι την επόμενη δίκη, το δικαστήριο δήλωσε:

³⁰ Η υπόθεση αναφέρεται ως *People v. Doan*, 366 N.W.2d 593 (Mich.App. 1985).

Η μαρτυρία του εμπειρογνώμονα ήταν απαράδεκτη, καθώς όριζε με τρόπο ανεπίτρεπτο την έννοια των νομικών όρων, ο ορισμός των οποίων είναι η ορθή λειτουργία του δικαστηρίου, [και] οι ορισμοί που χρησιμοποίησε ήταν εσφαλμένοι και υπερβολικά περιορισμένοι. Διαπιστώνουμε, επίσης, ότι η μαρτυρία του εμπειρογνώμονα χρησιμοποιούσε σε υπερβολικό βαθμό όρους της καθομιλουμένης και ανακρίβειες. Μια δημόδης έκφραση όπως «μπανάνες» μπορεί να υποδηλώνει διαφορετικό βαθμό αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε κάθε ένορκο και δεν εξυπηρετεί κανέναν άλλο σκοπό από το να δημιουργήσει σύγχυση. Έτσι και η έκφραση που χρησιμοποίησε ο ειδικός, «μόλις έξω από το αριστερό πεδίο», ως εναλλακτικός ορισμός της ψύχωσης, ήταν ένας ορισμός που σίγουρα δεν υπήρχε στο καταστατικό. Οι πραγματογνώμονες θα πρέπει να καταθέτουν με αποτελεσματικότητα και θα πρέπει να τους ζητείται να ορίζουν τις έννοιες τους χρησιμοποιώντας λέξεις που δεν κάνουν τους ενόρκους να αφήνουν ελεύθερη την ατομική τους φαντασία. Δεν μπορούμε πλέον να επιτρέψουμε τέτοιες εικασίες που βασίζονται σε κατάθεση εμπειρογνώμονα κατηγορίας, όπως δεν θα μπορούσαμε να επιτρέψουμε σε έναν εμπειρογνώμονα υπεράσπισης να καταθέσει ότι ένας κατηγορούμενος είναι νομικά παράφρων επειδή «τα έπαιξε» και «βγήκε εκτός γηπέδου». Ο δικηγόρος και το δικαστήριο έχουν την ευθύνη να διασφαλίζουν ότι η γλώσσα που χρησιμοποιούν οι ειδικοί είναι επαγγελματική, σαφής και εντός των παραμέτρων των προτύπων που ορίζει ο νόμος.

Σε ποιο βαθμό τα διάφορα ηθικά πρότυπα μιλούν για αυτό το ζήτημα; Τίποτα στη *Διακήρυξη της Μαδρίτης* δεν αναφέρεται άμεσα σε αυτό. Οι Κατευθυντήριες Γραμμές της AAPL απαιτούν από τους ιατροδικαστές «να τηρούν την αρχή της ειλικρίνειας και [να] αγωνίζονται για αντικειμενικότητα» (Guideline IV). Και πάλι, οι οδηγίες της εγκληματολογικής ψυχολογίας είναι πιο λεπτομερείς και επεξεργάζονται προσεκτικά τη συμπεριφορά που περιλαμβάνει

«δημόσιες και επαγγελματικές επικοινωνίες». Εδώ, οι εγκληματολόγοι ψυχολόγοι καλούνται, όταν καταθέτουν «να παρουσιάσουν τα ευρήματά τους, τα συμπεράσματά τους, τα αποδεικτικά στοιχεία ή άλλα επαγγελματικά προϊόντα με δίκαιο τρόπο» (Standard VII, D) και να μπορούν «να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της μαρτυρίας εμπειρογνομόνων τους και τα νομικά ζητήματα και γεγονότα μιας παρούσας υπόθεσης» (Standard VII, F). Είναι σαφές ότι ο μάρτυρας εδώ δεν έκανε τίποτα από τα δύο.

Υπόθεση. Πιθανός εξαναγκασμός διορισμένου από το κράτος ψυχιάτρου

Αφού ο B.B. συνελήφθη και κατηγορήθηκε για φόνο, μεταφέρθηκε από τη φυλακή της Περιφέρειας της Κολούμπια στο νοσοκομείο St. Elizabeth για εξέταση τόσο ως προς την ικανότητα να δικαστεί, όσο και ως προς την παραφροσύνη κατά τη στιγμή του εγκλήματος.³¹ Μετά την υποβολή μιας αναφοράς, η οποία δηλώνει ότι «πιθανότατα δεν είχε ουσιαστική ικανότητα να εκτιμήσει την υπαιτιότητά του [και] να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις του νόμου», εγκρίθηκε μια κυβερνητική πρόταση για τη μεταφορά του κ. B. σε ομοσπονδιακό νοσοκομείο στο Μιζούρι. Μετά από μια περίοδο παρατήρησης έξι εβδομάδων, οι γιατροί της εγκατάστασης κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν ήταν παράφρων, κάτω από την κατάλληλη τότε εξέταση στην Περιφέρεια της Κολούμπια.

Για αντίκρουση, ο Δρ. Kunev — ένας γιατρός από τις εγκαταστάσεις του Μιζούρι — κατέθεσε ότι, κατά τη διάρκεια μιας συνέντευξης, ο κ. B. του είχε πει ότι η σύζυγός του υπέδειξε ότι ίσως διέπραξε το εν λόγω έγκλημα επειδή ήταν «υπό την επιρροή μαγείας, ξορκιών ή κάποιας επιρροής ριζών». Ενώ η εισαγγελία δεν είχε ενημερώσει τον συνήγορο υπεράσπισης για αυτή τη μαρτυρία πριν από τη δίκη, η πλειοψηφία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «αναμφισβήτητα [...] οι κατηγοροί εξεπλάγησαν». Ο Δρ. Kunev δεν είχε καταγράψει την ουσία αυτής της συγκεκριμένης ανταλλαγής στις σημειώσεις του από τη συνέντευξη και είχε καταστρέψει όλες τις

³¹ Η υπόθεση αναφέρεται ως *United States v. Byers*, 740 F.2d 1104 (D.C. Cir. 1984).

σημειώσεις του όταν υπαγόρευσε την έκθεσή του (όπου δεν έκανε καμία αναφορά σε αυτή τη συνομιλία) στο δικαστήριο.

Δεν υπήρχε αμφιβολία ότι αυτή η μαρτυρία ήταν «πολύ καταστροφική» και χαρακτηρίστηκε από τον εισαγγελέα ως το «κρίσιμο πράγμα» στην υπόθεση της κυβέρνησης.

Ερώτηση: Είναι ανήθικο για έναν εμπειρογνώμονα να καταστρέψει τις σημειώσεις μιας συνέντευξης με έναν κατηγορούμενο που ισχυρίζεται ότι πάσχει από παράνοια;

- Ναι. Τέτοιες ενέργειες μειώνουν την πιθανότητα η δίκη να είναι δίκαιη και αξιόπιστη.
- Όχι. Μόλις ο κατηγορούμενος έθεσε το ζήτημα της παραφροσύνης, οποιαδήποτε μαρτυρία ψυχιάτρων που διατηρεί η κυβέρνηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αντικρούσει τους ισχυρισμούς του κατηγορουμένου.

Τι είπε το δικαστήριο:

Στην έφεση, ένα εξαιρετικά διχασμένο Εφετείο των Ηνωμένων Πολιτειών για την Περιφέρεια της Κολούμπια έκρινε ότι, «όταν ένας κατηγορούμενος προβάλλει την υπεράσπιση της παραφροσύνης, μπορεί συνταγματικά να υποβληθεί σε υποχρεωτική εξέταση από διορισμένους από το δικαστήριο ή κυβερνητικούς ψυχιάτρους χωρίς την ανάγκη της εγγραφής, και όταν εισάγει ως αποδεικτικά τεκμήρια ψυχιατρικά στοιχεία για να υποστηρίξει την υπερασπιστική του γραμμή της παραφροσύνης, μπορούν να ληφθούν και οι μαρτυρίες των ψυχιάτρων που τους εξέτασαν (για αυτό το θέμα)».

Γράφοντας εκ μέρους του ίδιου και τριών συναδέλφων του, ο Ανώτατος Δικαστικός του Circuit, δικαστής Bazelon διαφώνησε, υπογραμμίζοντας ότι, δεδομένης της «σοβαρής πιθανότητας κακοποίησης που ενυπάρχει στην ψυχιατρική εξέταση που έχει διαταχθεί από το δικαστήριο», και της υποχρέωσης του δικαστηρίου να «διασφαλίσει ότι οι υποχρεωτικές ψυχιατρικές εξετάσεις διενεργούνται δίκαια και ότι τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα και επιρ-

ρεπή σε έλεγχο», χωρίς «πλήρη και αντικειμενική καταγραφή κάθε εξέτασης παραφροσύνης που έχει διαταχθεί από το δικαστήριο», θα έκρινε ότι η εξέταση του κατηγορουμένου και η επακόλουθη παραδοχή της κατάθεσης του εξεταζόμενου ψυχιάτρου «αποτελούσαν σαφή παραβίαση του προνομίου [του κατηγορουμένου] της Πέμπτης Τροποποίησης κατά της αυτο-ενοχοποίησης καθώς και του δικαιώματος της Έκτης Τροπολογίας για αποτελεσματική συνδρομή δικηγόρου». Το προνόμιο, εξηγούσε, «ισχύει σε μια ποινική δίκη για το ζήτημα της λογικής, είτε μια τέτοια δίκη αντιμετωπίζεται ως προσδιορισμός ενοχής είτε ως επιβολή κύρωσης».

Ο δικαστής Bazelon υποστήριξε λεπτομερώς ότι η ψυχιατρική αξιολόγηση που διέταξε το δικαστήριο αποτελούσε «σοβαρή απειλή» για καθεμία από τις διατυπωμένες από το Ανώτατο Δικαστήριο αξίες στη νομολογία του για την Πέμπτη Τροποποίηση: τα δικαιώματα του ιδιωτικού απορρήτου του κατηγορουμένου, ο φόβος της κοινωνίας για «απάνθρωπη μεταχείριση και την κακοποίηση,» η παρουσίαση ενός «σκληρού τραύματος» «αυτοκατηγορίας, περιφρόνησης ή ψευδορκίας,» μια δυσπιστία ως προς τις «αυτο-υποτιμητικές δηλώσεις» και η ανάγκη διασφάλισης μιας δίκαιης ισορροπίας κράτους-ατόμου. Ομοίως, πρότεινε ότι τέτοιου είδους εξέταση παραβίαζε το δικαίωμα της Έκτης Τροποποίησης για δικηγόρο σε ένα «κρίσιμο στάδιο» της διαδικασίας, καθώς η αξιολόγηση ήταν «(1) προδικαστική “αντιπαράθεση” με την κυβέρνηση (2) που έλαβε χώρα κατά τη διάρκεια ή μετά την έναρξη των «αντίδικων δικαστικών διαδικασιών» (3) για τις οποίες είναι απαραίτητη η συνδρομή δικηγόρου για την αποτροπή “δυσνητικής προσβολής των δικαιωμάτων του κατηγορουμένου”». Σύμφωνα με τον Bazelon:

Ο κυβερνητικός ψυχίατρος είναι οπλισμένος με την ίδια τεχνική εξειδίκευση με τον ιδιωτικό ψυχίατρο. Εκπαιδεύεται για να κερδίσει την εμπιστοσύνη ενός ασθενή. Όντας γιατρός, ο ψυχίατρος θεωρείται ως ένας θεραπευτής, ένας συμμετέχων σε μια εθελοντική θεραπευτική συμμαχία που απευθύνεται προς όφελος του ασθενούς. Σε αντίθεση με τον αστυνομικό, του οποίου οι στόχοι και οι μέθοδοι

προκαλούν επιφυλακτικότητα στον κατηγορούμενο, ο κυβερνητικός ψυχίατρος στο κρατικό νοσοκομείο προκαλεί εμπιστοσύνη. Αλλά αυτή η εμπιστοσύνη είναι αδικαιολόγητη. Στόχος του ψυχιάτρου είναι η διάγνωση και όχι η θεραπεία. Η πρωταρχική του δέσμευση είναι στο ίδρυμά του, όχι στον ασθενή του. Δεδομένων αυτών των ανησυχιών, πρέπει να καταλήξω στο συμπέρασμα ότι η δικαστική εξέταση του ορισμένου από το δικαστήριο ψυχιάτρου συνιστά απειλή εξαναγκασμού παρόμοια με αυτή στην ανάκριση που κρίθηκε αντισυνταγματική στη Μιράντα.

Ερώτηση: Υπάρχει κάτι στα ηθικά πρότυπα που διέπουν την ψυχιατρική (ή την ιατροδικαστική ψυχιατρική) που να υποστηρίζει τη διαφωνία του δικαστή Bazelon σε αυτή την υπόθεση;

Η *Διακήρυξη της Μαδρίτης* αναφέρει ξεκάθαρα: «Όταν ζητείται από τους ψυχιάτρους να αξιολογήσουν ένα άτομο, είναι καθήκον τους πρώτα να ενημερώσουν και να συμβουλευθούν το άτομο που αξιολογείται για τον σκοπό της παρέμβασης, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της αξιολόγησης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν οι ψυχίατροι εμπλέκονται σε καταστάσεις τρίτων» (Standard # 5). Τίθεται έτσι το ερώτημα: Οι ενέργειες της κυβέρνησης εδώ παραβίασαν αυτό το πρότυπο;

Αν και η πλειοψηφία του Εφετείου της Περιφέρειας της Κολούμπια (συμπεριλαμβανομένου, όχι αναίτια, του σημερινού δικαστή του Ανωτάτου Δικαστηρίου των ΗΠΑ, Antonin Scalia) απέρριψε τα νομικά επιχειρήματα του κατηγορουμένου, φαίνεται ξεκάθαρα ότι ο κ. Β. δεν ήταν τόσο ενημερωμένος για τις «πιθανές επιπτώσεις της αξιολόγησης». Εξετάζοντας τα πιο περίπλοκα ηθικά πρότυπα της Αμερικανικής Ακαδημίας Ψυχιατρικής και Δικαίου, φαίνεται ότι οι ενέργειες εδώ ήταν εξίσου παραβιαστικές. Σύμφωνα με αυτή τη διατύπωση:

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε τυχόν περιορισμούς στις συνήθεις αρχές του ιατρικού απορρήτου. Μια αξιολόγηση για

εγκληματολογικούς σκοπούς ξεκινά με την ειδοποίηση στο άτομο που αξιολογεί για τυχόν περιορισμούς στην εμπιστευτικότητα. Οι πληροφορίες ή οι αναφορές που προέρχονται από την ιατροδικαστική αξιολόγηση υπόκεινται στους κανόνες εμπιστευτικότητας όπως ισχύουν για την αξιολόγηση, άρα οποιαδήποτε αποκάλυψη περιορίζεται ανάλογα.³²

Είναι ενδιαφέρον ότι ένας σχολιαστής έχει σημειώσει πως η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία και η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση διέφεραν στην προσέγγισή τους σε αυτό το θέμα. Η Kathy Faulkner Yates, μια εξέχουσα ιατροδικαστική ψυχολόγος, σημείωσε ότι και οι δύο οργανώσεις υπέβαλαν *amicus curiae* φυλλάδια στο δικαστήριο στη δίκη του κ. Β. σχετικά με την ενημερωμένη συγκατάθεση, την εμπιστευτικότητα και τις δυνατότητες αυτο-ενοχοποίησης, αλλά ότι «τα έγγραφα ήταν αρκετά διαφορετικά μεταξύ των δύο οργανισμών»:

[Η] Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία υποστήριξε ότι τα στοιχεία που αποκτήθηκαν στην κλινική συνέντευξη θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να αποδειχθεί η εκτίμηση της αδικίας της πράξης ή του ελέγχου της συμπεριφοράς. Έτσι, γνωμοδότηση για ποινική ευθύνη ενοχοποιούσε τον κατηγορούμενο. Στη ενημέρωσή τους προτάθηκε η παροχή πρόσθετων εγγυήσεων σχετικά με το ρόλο του «κυβερνητικού εμπειρογνώμονα», τόσο όσον αφορά την πρόσβαση στον ασθενή όσο και τη φύση της κατάθεσης. Αντίθετα, η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση έκρινε ότι δεν υπήρχε συνταγματική ανάγκη για την παρουσία συνηγόρου ή για την παροχή άλλων εγγυήσεων, επειδή οι αρχές της ιατρικής δεοντολογίας υπαγόρευαν ότι ο ψυχίατρος θα εξηγούσε προσεκτικά τα όρια του απορρήτου στον κατηγορούμενο. Εάν επεξηγούνταν τα όρια της εμπιστευτικότητας,

³² American Academy of Psychiatry & the Law Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry, Standard II.

οι διαδικαστικές διασφαλίσεις που υποστήριξε η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία ήταν περιττές.

Ο Yates υπέθεσε ως προς τους πιθανούς λόγους για τις διαφορές σε αυτές τις θέσεις (ίσως μια συνάρτηση των διαφορών εκπαίδευσης «στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη λεπτή γραμμή μεταξύ μιας αξιολογικής και θεραπευτικής σχέσης, της πολιτικής, ή του “πόλεμου επικράτησης”»). Ωστόσο, σημείωσε – πειστικά, μας φαίνεται – ότι «ένας κατηγορούμενος που είναι ψυχωτικός μπορεί να τεθεί σε υπερβολικό κίνδυνο όσον αφορά την ικανότητα λήψης αποφάσεων και κατανόησης, ή εκτίμησης των λεπτών λεπτομερειών που ενυπάρχουν στις διακρίσεις εμπιστευτικότητας, όπως παρουσιάζονται στο Byers» και ότι «η δυνατότητα για ένα αντιθεραπευτικό αποτέλεσμα για τον κατηγορούμενο με νοητική υστέρηση σε αυτό το είδος καταστάσεων είναι σαφές».

2. Δεσμεύσεις μετά από αθώωση λόγω φρενοβλάβειας

Σε μια δίκη για ανθρωποκτονία, ο Η.Φ. κρίθηκε αθώος λόγω ψυχοσθένειας.³³ Αφού είχε νοσηλευτεί για πέντε χρόνια, έξι ψυχίατροι κατέθεσαν ότι δεν παρουσίαζε παθολογικά ή ψυχωτικά συμπτώματα και ότι δεν είχε λάβει κανενός είδους ψυχοτρόπο φάρμακο. Υπήρξε πρότυπο ασθενούς, επιδεικνύοντας καλή συμπεριφορά, περιποίηση του εαυτού του, και αναλαμβάνοντας την ευθύνη δράσεων και αντιδράσεων. Ωστόσο, ο δικαστής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μοντέλο συμπεριφοράς του ασθενή εμφάνισε την ψυχική του ασθένεια και την επικινδυνότητά του, καθώς προσποιούνταν τη λογική του. Ένας διορισμένος από το δικαστήριο ψυχίατρος αρνήθηκε να πιστοποιήσει ότι ο κ. Φ. δεν θα ήταν επικίνδυνος για τον εαυτό του ή τους άλλους. Αργότερα, παραδέχτηκε ότι είχε «μετριάσει» την κατάθεσή του επειδή «δεν ήθελε να του ασκηθεί κριτική εάν ο κ. Φ. αφεθεί ελεύθερος και στη συνέχεια διαπράξει κάποια εγκληματική ενέργεια». Ο δικαστής διέταξε τη συνέχιση της δέσμευσης. Εν συνεχεία, κατατέθηκε μια αίτηση habeas corpus και ο ασθενής διατάχθηκε να αφεθεί ελεύθερος, λόγω της αντίδρασης του κράτους.

Ερώτηση: Είναι ανήθικο για έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας να καταθέτει με ρητό σκοπό την αποφυγή πιθανής μελλοντικής κριτικής, ανάλογα με την απόφαση του δικαστηρίου στην υπόθεση;

- Ναι. Μια τέτοια μαρτυρία παραβιάζει όλες τις σχετικές δεοντολογικές οδηγίες.
- Όχι. Μια τέτοια μαρτυρία εμπίπτει στα όρια του “fair play” και μπορεί να εξεταστεί κατ’ αντιπαράσταση σχολαστικά από τον δικηγόρο του κατηγορουμένου.

Το ερώτημα που τίθεται εδώ είναι ένα ερώτημα που συζητείται σπάνια, αλλά έχει τεράστια δυναμική σημασία. Αρχικά, ας εξετάσουμε την Κατευθυντήρια γραμμή VII F των Κατευθυντήριων Γραμμών Ειδικότητας για Ιατροδικαστές Ψυχολόγους (Specialty

³³ Αυτή η υπόθεση αναφέρεται ως *Francois v. Henderson*, 850 F.2d 231 (5th Cir. 1988).

Guidelines for Forensic Psychologists, Guideline VII F):

Οι ιατροδικαστικοί ψυχολόγοι γνωρίζουν ότι ο βασικός τους ρόλος ως εμπειρογνώμονες στο δικαστήριο είναι να βοηθήσουν τον δικαστή να κατανοήσει τα στοιχεία ή να προσδιορίσει ένα επίμαχο γεγονός. Προσφέροντας αποδεικτικά στοιχεία ως εμπειρογνώμονες, γνωρίζουν ότι οι δικές τους επαγγελματικές παρατηρήσεις, τα συμπεράσματα και τα πορίσματα πρέπει να διακρίνονται από τα νομικά γεγονότα, τις απόψεις και τα συμπεράσματα. Οι ιατροδικαστές ψυχολόγοι είναι έτοιμοι να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της κατάθεσής τους και των νομικών ζητημάτων και γεγονότων της προκείμενης υπόθεσης.

Μπορεί να υπάρξει κάποια ερώτηση για τον εμπειρογνώμονα που ορίστηκε από το δικαστήριο και παραβίασε αυτήν την οδηγία;

Η Διακήρυξη της Μαδρίτης, στο αρχικό της πρότυπο, αναφέρει ότι «η ψυχιατρική είναι ένας ιατρικός κλάδος που ασχολείται με: την παροχή της καλύτερης θεραπείας για ψυχικές διαταραχές, την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες και την προαγωγή της ψυχικής υγείας». (Standard #1). Η κατάθεση του μάρτυρα – που έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για την αποφυγή προσωπικής κριτικής και όχι για την προώθηση της ψυχικής υγείας του ατόμου – παραβιάζει επίσης αυτό το Πρότυπο.

Τέλος, το Πρότυπο # 4 των Κατευθυντήριων Οδηγιών AAPL θέτει το εξής, όσον αφορά τους ιατροδικαστές ψυχιάτρους:

Η κλινική τους αξιολόγηση και η εφαρμογή των δεδομένων που αποκτήθηκαν στα νομικά κριτήρια γίνονται στο πνεύμα μιας τέτοιας ειλικρίνειας και προσπάθειών για την απόκτηση αντικειμενικότητας. Η γνώμη τους αντικατοπτρίζει αυτή την ειλικρίνεια και τις προσπάθειες για επίτευξη αντικειμενικότητας.

Και πάλι, δεν τίθεται ζήτημα αμφιβολίας ότι αυτός ο μάρτυρας απέτυχε – παταγωδώς – να τηρήσει αυτό το πρότυπο.

B. ΣΤΗ ΔΙΚΗ

1. Ζητήματα μετριάσμού

Περίπτωση:

Ο C. McL. κατηγορήθηκε για ανθρωποκτονία.³⁴ Σε ένα τμήμα της έκθεσής του στο Δικαστήριο, ο ψυχίατρος υπεράσπισης εξέφρασε την ανησυχία του για πιθανή σωματική βλάβη στον εγκέφαλο του κατηγορουμένου στις «περιοχές [...] που εμπλέκονται στον πρωταρχικό έλεγχο και/ή στη ρύθμιση των συναισθημάτων», που μπορεί να έχει προκληθεί είτε από τραύμα της παιδικής ηλικίας, είτε από άλλα «τραυματικά, χημικά [ή] αγγειακά μέσα». Σχολιάζοντας την έλλειψη εξειδίκευσης στην έκθεσή του, ο ψυχίατρος έγραψε: «Λυπάμαι που δεν μπορώ να είμαι πιο συγκεκριμένος, αλλά η έλλειψη εκ μέρους μου της παρούσας λεπτομερούς γνώσης σχετικά με τις συγκεκριμένες δομές του εγκεφάλου και τη συγκεκριμένη σχέση τόσο με τα συναισθήματα όσο και με τη συμπεριφορά περιορίζει την ικανότητά μου να προσφέρω περαιτέρω διευκρινίσεις».

Ερώτηση: Θεωρείται ότι ένας ειδικός παραβιάζει την επαγγελματική δεοντολογία αν δεν ενημερώνεται για όλες τις επιστημονικές εξελίξεις σε τομείς που σχετίζονται με αυτούς για τους οποίους καταθέτει;

- Ναι. Όταν ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας ισχυρίζεται ότι είναι εμπειρογνώμονας στο δικαστήριο, πρέπει να είναι ειδικός σε όλα τα θέματα που σχετίζονται με το αντικείμενο της κατάθεσής του.
- Όχι. Ο πραγματογνώμονας μπορεί να περιορίσει την κατάθεσή του σε εκείνες τις πτυχές της ιατροδικαστικής ψυχικής υγείας για τις οποίες αυτοχαρκτηρίζεται ως εμπειρογνώμονας.

³⁴ Αυτή η υπόθεση αναφέρεται ως *People v. McLane*, 631 N.Y.S.2d 976 (N.Y. Sup. 1995).

Τι είπε το δικαστήριο:

Το πρωτοβάθμιο δικαστήριο έκρινε ότι οι ενέργειες του πραγματογνώμονα ήταν παραβίαση επαγγελματικής συμπεριφοράς. «Όταν [ο ψυχίατρος] συνειδητοποίησε λίγο μετά τον διορισμό του ότι τα ζητήματα που σχετίζονται με την εγκεφαλική βλάβη ήταν πιθανό να είναι σχετικά σε αυτήν την περίπτωση, δεδομένης της παραδεκτής έλλειψης ειδικής γνώσης σχετικά με τη σχέση των διαφόρων δομών του εγκεφάλου με τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά, είχε θετική υποχρέωση να ενημερώσει το Δικαστήριο και τον συνήγορο υπεράσπισης για αυτούς τους περιορισμούς στην ικανότητά του να παρέχει τις υπηρεσίες εμπειρογνώμωνων που απαιτούνται σε αυτήν την υπόθεση. Από τη στιγμή που επέλεξε να προχωρήσει σε αυτήν την υπόθεση, αποδέχθηκε την ευθύνη να παρέχει επαγγελματικές υπηρεσίες που γνώριζε ή όφειλε να γνωρίζει ότι δεν ήταν ικανός να παρέχει, κατά παράβαση [του κρατικού νόμου]. Με αυτόν τον τρόπο, παραβίασε σοβαρά τις υποχρεώσεις του προς τον κατηγορούμενο, το Δικαστήριο και τα ιατρικά και ψυχιατρικά επαγγέλματα».

Ο κρατικός κανονισμός που αναφέρεται στην τοποθέτηση που ορίζει την αντιεπαγγελματική συμπεριφορά ενός γιατρού περιλαμβάνει την «αποδοχή και εκτέλεση επαγγελματικών ευθυνών που ο κάτοχος άδειας γνωρίζει ή έχει λόγους να γνωρίζει ότι δεν είναι ικανός να εκτελεί». Το δικαστήριο τόνισε ότι «το γεγονός ότι οι επαγγελματικές ευθύνες που εμπλέκονται σε αυτή την υπόθεση συνεπάγονται τη διενέργεια ιατροδικαστικής ψυχιατρικής αξιολόγησης και την έκδοση ψυχιατρικής γνωμάτευσης για ιατροδικαστικούς και όχι θεραπευτικούς σκοπούς δεν αλλάζει την εφαρμογή αυτού του κανόνα».

Το ερώτημα που τίθεται εδώ είναι σαφές. Ήταν η συμπεριφορά του ψυχιάτρου σε αντίθεση με το Πρότυπο 2 της *Διακήρυξης της Μαδρίτης*, που αναφέρει: «Είναι καθήκον των ψυχιάτρων να ενημερώνονται για τις επιστημονικές εξελίξεις της ειδικότητας και να μεταφέρουν την εμπειριστατωμένη γνώση σε άλλους». Ήταν η «έλλειψη παρούσας λεπτομερούς γνώσης του εμπειρογνώμονα

σχετικά με συγκεκριμένες δομές του εγκεφάλου και τη συγκεκριμένη σχέση τόσο με τα συναισθήματα όσο και με τη συμπεριφορά» παραβίαση αυτού του προτύπου (όπως κατέληξε ο δικαστής), ή μάλλον ήταν συνεπής με το καθήκον (που εκφράζεται στον πρόλογο της *Διακήρυξης*) ότι ο ψυχίατρος «έχει υπόψη του τα όρια της σχέσης ψυχιάτρου-ασθενούς και καθοδηγείται κυρίως από τον σεβασμό προς τους ασθενείς και το ενδιαφέρον για την ευημερία και την ακεραιότητά τους»; Εάν το συγκεκριμένο ζήτημα ξεπερνούσε την αυτο-περιγραφείσα εμπειρογνωμοσύνη του ψυχιάτρου, ήταν κατάλληλη η άρνησή του να εκφέρει πραγματογνωμοσύνη σε αυτή τη δήλωση ή, όπως διαπίστωσε ο δικαστής, παραβίαζε έναν κρατικό διοικητικό κώδικα; Περιέργως, αυτή η υπόθεση (*People v. McLane*) δεν έχει σχολιαστεί ποτέ στη βιβλιογραφία κριτικής ανάλυσης του δικαίου των ΗΠΑ.

Δ. Η ΘΑΝΑΤΙΚΗ ΠΟΙΝΗ

1. Μαρτυρία ως προς τη μελλοντική επικινδυνότητα

Περίπτωση:

Αφού ο Τ.Β. καταδικάστηκε για τη δολοφονία ενός αστυνομικού, δύο ψυχίατροι κατέθεσαν σε απάντηση υποθετικών ερωτήσεων, ενώ κανένας από τους δύο δεν είχε πάρει ποτέ συνέντευξη από τον κατηγορούμενο.³⁵ Κατέθεσαν στη «φάση της ποινής» της διαδικασίας – σύμφωνα με την πολιτειακή νομοθεσία – ότι ο κατηγορούμενος «θα διέπραττε πιθανώς περαιτέρω πράξεις βίας και [επομένως] θα αντιπροσώπευε μια συνεχιζόμενη απειλή για την κοινωνία». Το δικαστήριο αποδέχθηκε αυτή τη μαρτυρία και επέβαλε τη θανατική ποινή στον κατηγορούμενο (μια ποινή που τελικά επικυρώθηκε από το Ανώτατο Δικαστήριο των Ηνωμένων Πολιτειών).

Στην προσφυγή του στο Ανώτατο Δικαστήριο, ο κατηγορούμενος είχε προβάλει τα εξής επιχειρήματα:

Πρώτον, τονίστηκε ότι οι ψυχίατροι, ατομικά και ομαδικά, είναι ανίκανοι να προβλέψουν με αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας ότι ένας συγκεκριμένος εγκληματίας θα διαπράξει άλλα εγκλήματα στο μέλλον, και πως, ως εκ τούτου, αποτελούν κίνδυνο για την κοινότητα. Δεύτερον, λέγεται ότι σε κάθε περίπτωση, δεν θα πρέπει να επιτρέπεται στους ψυχιάτρους να καταθέτουν για μελλοντική επικινδυνότητα ως απάντηση σε υποθετικές ερωτήσεις και χωρίς να έχουν εξετάσει προσωπικά τον κατηγορούμενο. Τρίτον, υποστηρίζεται ότι σχετικά με τις συγκεκριμένες περιστάσεις στην προκειμένη περίπτωση η μαρτυρία των ψυχιάτρων ήταν τόσο αναξιόπιστη που η ποινή έπρεπε να ακυρωθεί.

Ερώτηση: Είναι παραβίαση της ιατροδικαστικής ηθικής η κατάθεση μάρτυρα για μελλοντική επικινδυνότητα, ειδικά στο πλαίσιο ενός κατηγορούμενου από τον οποίο δεν έχει πάρει ποτέ συνέντευξη;

³⁵ Η υπόθεση αναφέρεται ως *Barefoot v. Estelle*, 463 U.S. 880 (1983).

- Όχι. Τέτοιες μαρτυρίες υπόκεινται σε σθεναρή κατ' αντιπαράσταση εξέταση και, επίσης, είναι αποδεκτές από την πλευρά των υπόλοιπων μαρτύρων που μπορούν να προσφέρουν γνώμες μη ειδικών για αυτό το θέμα.
- Ναι. Μια τέτοια μαρτυρία είναι πέραν του πεδίου της αποδεκτής εμπειρογνωμοσύνης. Οι ψυχίατροι δεν μπορούν να προβλέψουν τη μακροπρόθεσμη επικινδυνότητα, ειδικά σε περιπτώσεις όπως αυτή στις οποίες ο κατηγορούμενος δεν ανακρίθηκε ποτέ προσωπικά.

Τι είπε το δικαστήριο:

Το Δικαστήριο απέρριψε πρώτα το επιχείρημα ότι οι ψυχίατροι δεν μπορούσαν να προβλέψουν αξιόπιστα τη μελλοντική επικινδυνότητα σε αυτό το πλαίσιο, σημειώνοντας ότι είχε «λίγο νόημα» να αποκλειστούν μόνο οι ψυχίατροι από «όλο το σύμπαν των προσώπων που θα μπορούσαν να έχουν γνώμη για αυτό το θέμα» και ότι το επιχείρημα του κατηγορουμένου θα «έθετε υπό αμφισβήτηση εκείνα τα άλλα πλαίσια στα οποία γίνονται συνεχώς προβλέψεις μελλοντικής συμπεριφοράς». Κατά τη διάρκεια της έκθεσης αυτού του επιχειρήματος, το Δικαστήριο απέρριψε τις απόψεις που παρουσιάστηκαν από την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση ως *amicus* ότι: (1) μια τέτοια μαρτυρία ήταν άκυρη λόγω «θεμελιωδώς χαμηλής αξιοπιστίας» και (2) οι μακροπρόθεσμες προβλέψεις μελλοντικής επικινδυνότητας ήταν ουσιαστικά βασικοί προσδιορισμοί που θα έπρεπε να βασίζονται σε «προγνωστικές στατιστικές ή αναλογιστικές πληροφορίες που είναι θεμελιωδώς μη ιατρικής φύσης». Σχετικά με το υποθετικό ζήτημα, το Δικαστήριο έκρινε απλώς ότι η μαρτυρία πραγματογνωμοσύνης «γίνεται συνήθως αποδεκτή ως αποδεικτικό στοιχείο όταν θα μπορούσε να βοηθήσει τον ερευνητή να κάνει την εργασία που του είχε ανατεθεί» και ότι το γεγονός ότι οι μάρτυρες δεν είχαν εξετάσει τον κατηγορούμενο «προσμετράται στη βαρύτητα της μαρτυρίας τους, όχι ως προς το παραδεκτό της».

Διαφωνώντας, ο δικαστής Blackmun απέρριψε τις απόψεις

του Δικαστηρίου για το ψυχιατρικό ζήτημα:

Το Δικαστήριο κρίνει ότι η ψυχιατρική μαρτυρία σχετικά με τη μελλοντική επικινδυνότητα ενός κατηγορουμένου είναι παραδεκτή, παρά το γεγονός ότι μια τέτοια μαρτυρία είναι λανθασμένη δύο φορές στις τρεις. Το Δικαστήριο καταλήγει σε αυτό το αποτέλεσμα —ακόμη και σε περίπτωση κεφαλαιώδους σημασίας— επειδή, όπως εικάζεται, η μαρτυρία υπόκειται σε αντιπαράθεση και μομφή. Στην παρούσα κατάσταση της ψυχιατρικής γνώσης, αυτό κατά τη γνώμη μου ξεπερνάει τα όρια. Κάποιος μπορεί να το δεχτεί αυτό σε μια συνηθισμένη αγωγή για χρηματική αποζημίωση, αλλά όταν διακυβεύεται η ζωή ενός ατόμου - ανεξάρτητα από το πόσο αποτρόπαιο παράπτωμα του - θα πρέπει να επικρατεί μια απαίτηση μεγαλύτερης αξιοπιστίας. Σε μια υπόθεση θανατικής ποινής, η αληθοφανής μαρτυρία ενός ψυχιάτρου, φιλτραρισμένη μέσα από τα λόγια ενός ειδικού γιατρού, ισοδυναμεί με τον ίδιο τον θάνατο.

Βασιζόμενος στο υπόμνημα *amicus* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ο δικαστής Blackmun σημείωσε τέσσερα βασικά σημεία: (1) καμία «ενιαία, αξιόπιστη πηγή» δεν αναφέρθηκε από την πλειονότητα, ώστε να αντικρούσει την πρόταση ότι οι ψυχιατρικές προβλέψεις μακροπρόθεσμης βίας «είναι πιο συχνά λανθασμένες παρά σωστές»· (2) οι μη ειδήμονες μάρτυρες μπορούν να τα καταφέρουν «τουλάχιστον το ίδιο καλά και πιθανώς καλύτερα» από τους ψυχιάτρους στην πρόβλεψη της βίας (3) είναι «πεντακάθαρο» από τη βιβλιογραφία ότι οι μάρτυρες του κράτους «δεν είχαν καμία εξειδίκευση», και (4) μια τέτοια «αβάσιμη» μαρτυρία δεν μπορεί να συμβιβαστεί με το «πρωταρχικό μέλημα του Συντάγματος για την αξιοπιστία της επιβολής της θανατικής ποινής». Ο ίδιος υποστήριξε:

Ούτε το Δικαστήριο ούτε η Πολιτεία του Τέξας έχουν παρθέσει έστω μία αξιόπιστη επιστημονική πηγή που να έρχεται σε αντίθεση με το ομόφωνο συμπέρασμα των επαγγελματιών σε

αυτόν τον τομέα, ότι, δηλαδή, οι ψυχιατρικές προβλέψεις για μακροπρόθεσμη μελλοντική βία είναι συχνότερα λανθασμένες παρά σωστές.

Επειδή μια τέτοια υποτιθέμενη επιστημονική μαρτυρία — «αναξιόπιστη [και] προκατειλημμένη» — ήταν εμποτισμένη με μια «αύρα επιστημονικού αλάθθτου», ικανή να «καλύψει τα στοιχεία [, να οδηγήσει] το σώμα των ενόρκων να την αποδεχθεί χωρίς κριτικό έλεγχο,» ο δικαστής ο δικαστής Blackmun τόνισε: «Όταν το δικαστήριο γνωρίζει πολύ καλά ότι οι προβλέψεις των ψυχιάτρων για την επικινδυνότητα είναι απατηλές, δεν υπάρχει καμία δικαιολογία ως προς την επιβολή στον κατηγορούμενο, με το τίμημα της ζωής του, του βαρύ φορτίου να πείσει ένα σώμα μη εξειδικευμένων ενόρκων για την απάτη».

Ερώτηση: Βάσει οποιασδήποτε ερμηνείας, συνάδει η μαρτυρία στην καρδιά αυτής της υπόθεσης με την ψυχιατρική δεοντολογία;

- Όχι. Η μαρτυρία σε αυτή την υπόθεση παραβιάζει ένα ευρύ φάσμα ηθικών αρχών και προτύπων, και, εν μέρει, οδήγησε στην αποβολή του Δρ. Grigson – του βασικού μάρτυρα της πολιτείας – τόσο από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (στο εξής: APA), όσο και από την Ψυχιατρική Εταιρεία του Τέξας. Παρά αυτές τις αποπομπές, οι Εισαγγελείς της Περιφέρειας του Τέξας συνέχισαν να καλούν τον Δρ. Grigson ως εμπειρογνώμονα σε πολλές υποθέσεις θανατικής ποινής που ακολούθησαν.

Η APA επέκρινε τον Δρ Grigson, κατηγορώντας τον ότι παραβίασε τον κώδικα δεοντολογίας της ομάδας «φθάνοντας σε ψυχιατρική διάγνωση χωρίς προηγουμένως να εξετάσει τα εν λόγω άτομα και ότι έδειξε, ενώ κατέθεσε στο δικαστήριο ως πραγματογνώμονας, ότι μπορούσε να προβλέψει με 100 τοις εκατό ποσοστό βεβαιότητας ότι τα άτομα θα εμπλέκονταν σε μελλοντικές βίαιες πράξεις». Ωστόσο, αυτά τα ηθικά κενά δεν είναι το άθροισμα των ηθικών παραβιάσεων του Grigson.

Για παράδειγμα, η *Διακήρυξη της Μαδρίτης* αναφέρει ότι «είναι

το καθήκον των ψυχιάτρων να ενημερώνονται για τις επιστημονικές εξελίξεις της ειδικότητας και να μεταφέρουν εμπειριστατωμένη γνώση σε άλλους». Από το βήμα του μάρτυρα, ο Grigson απέρριψε αυτό που ήταν τότε το πιο σύγχρονο, έγκυρο και αξιόπιστο εύρημα, το ότι οι προβλέψεις για μελλοντική επικινδυνότητα ήταν εγγενώς αναξιόπιστες, καταθέτοντας – εσφαλμένα – ότι μόνο μια μικρή μειοψηφία ψυχιάτρων αποδέχτηκε αυτές τις μελέτες και ότι αυτές οι μελέτες δεν αντιπροσώπευαν την άποψη της ΑΡΑ. Σαφώς, η μαρτυρία του Δρ. Grigson παραβίασε αυτό το πρότυπο.

Τρία χρόνια πριν από την απόφαση στην υπόθεση *Barefoot*, ο Δρ. Richard Bonnie, ένας από τους εξέχοντες νομικούς μελετητές σε αυτόν τον τομέα, έθεσε αυτές τις ηθικές αρχές για να καθοδηγήσει τους ιατροδικαστές:

1. Ένας πραγματογνώμονας θα πρέπει να αρνηθεί να δώσει οποιαδήποτε γνώμη σχετικά με το θέμα της επικινδυνότητας, εκτός εάν έχει διεξαγάγει μια ολοκληρωμένη εξέταση του κατηγορουμένου, με εκτενή προσοχή στο ιστορικό ανάπτυξης και συμπεριφοράς, με στόχο ειδικά την πιθανότητα μελλοντικής βίας.
2. Ένας πραγματογνώμονας δεν θα πρέπει να εκφράζει γνώμη για την επικινδυνότητα του κατηγορουμένου, εκτός αν έχει ειδική εκπαίδευση και εμπειρία στη διεξαγωγή τέτοιων αξιολογήσεων, εκτός αν είναι πλήρως εξοικειωμένος με την διαρκώς εμπλουτιζόμενη κλινική βιβλιογραφία γύρω από αυτό το θέμα, και εκτός αν είναι της άποψης ότι οι κλινικές προβλέψεις μελλοντικής βίας δεν έχουν επί του παρόντος εμπειρική επικύρωση.
3. Ένας πραγματογνώμονας που ζητείται να εκφράσει γνώμη σχετικά με την επικινδυνότητα του κατηγορουμένου θα πρέπει να το κάνει μόνο αν η γνώμη προέρχεται από ένα γενικά αποδεκτό διαγνωστικό ή ψυχοδυναμικό πλαίσιο.

Είναι, επίσης, σαφές ότι η μαρτυρία του Δρ. Grigson παραβίασε καθεμία από αυτές τις αρχές.

Αυτό που είναι πιο ενδιαφέρον σε αυτή την υπόθεση είναι η προσχηματικότητα του Ανώτατου Δικαστηρίου των Ηνωμένων

Πολιτειών στην αποδοχή αυτής της μαρτυρίας, έτσι ώστε να εξυπηρετήσει τον τελεολογικής ποιότητας σκοπό να του επιτρέψει να επιβεβαιώσει την υποκείμενη ποινική καταδίκη. Ένας από τους εκδότες αυτού του τόμου έγραψε το ακόλουθο σχόλιο αμέσως μετά την απόφαση της υπόθεσης και τίποτα από όσα συνέβησαν τις δύο δεκαετίες που μεσολάβησαν δεν υποδηλώνει ότι αυτή η αξιολόγηση χρειάζεται οποιαδήποτε ουσιαστική αναθεώρηση:

Η υπόθεση *Barefoot* φαίνεται να είναι αδύνατο να υποστηριχτεί βάσει αποδεικτικών λόγων, συνταγματικών και λόγων κοινής λογικής. Έρχεται σε αντίθεση με σχεδόν όλη τη σχετική επιστημονική βιβλιογραφία, δεν συνάδει με την ανάπτυξη του δόγματος του δικαίου των αποδεικτικών στοιχείων, και κοροϊδεύει τις προηγούμενες αποφάσεις του Ανωτάτου Δικαστηρίου, προειδοποιώντας ότι απαιτείται πρόσθετη αξιοπιστία σε υποθέσεις θανατικής ποινής.

2. Η ανάγκη για πρόσθετες δοκιμές

Περίπτωση:

Ο Η.Ρ.Σ. καταδικάστηκε για φόνο σε θάνατο.³⁶ Σε ένα τμήμα της αίτησής του για την έκδοση προνομιακού διατάγματος απελευθέρωσης (*habeas corpus*), ισχυρίστηκε ότι είχε δικαίωμα σε ακρόαση με αποδεικτικά στοιχεία, κατά την οποία μπορούσε να υποστηρίξει την άποψη ότι οι δύο διορισμένοι από το δικαστήριο ψυχίατροί του δεν κατάφεραν να προβούν σε ικανές και κατάλληλες αξιολογήσεις. Ένας τρίτος ψυχίατρος τον αξιολόγησε, εξέτασε το προηγούμενο ιατρικό του ιστορικό (κάτι που δεν έγινε από τους δύο διορισμένους από το δικαστήριο μάρτυρες) και διαπίστωσε ότι «υπέφερε από μια μορφή οργανικής εγκεφαλικής βλάβης». Επειδή οι αρχικές αξιολογήσεις ήταν «τόσο χυδαία ανεπαρκείς» (γιατί παρέβλεπαν «σαφείς ενδείξεις» τέτοιου είδους εγκεφαλικής βλάβης), διατάχθηκε νέα ακρόαση.

Ερώτηση: Παραβιάζουν τέτοιες εκτιμήσεις την ιατροδικαστική δεοντολογία;

- Ναι. Τέτοιες αξιολογήσεις δεν πληρούν τα ελάχιστα πρότυπα όσον αφορά την επάρκεια που απαιτούνται από τα πρότυπα εξειδίκευσης.
- Όχι. Η μαρτυρία ήταν επαρκής και εντός των ορίων της αποδοχής.

Σε ποιο βαθμό αυτό το είδος «χυδαίου» σφάλματος παραβιάζει τα ηθικά πρότυπα; Είναι αξιοσημείωτο ότι η Διακήρυξη της Μαδρίτης δεν μιλάει ευθέως για αυτό το ζήτημα (ίσως επειδή μπορεί να φάνηκε στους συντάκτες ότι ήταν κάτι το «δεδομένο» ότι οι εξεταστές θα έκαναν ελάχιστα αυτό που δεν έκαναν οι δύο διορισμένοι ψυχίατροι στην περίπτωση του Η.Ρ.Σ.), αλλά διατυπώ-

³⁶ Η υπόθεση αναφέρεται ως *State v. Sireci*, 536 So.2d 231 (Fla. 1988).

νει ότι «οι ψυχίατροι εξυπηρετούν τους ασθενείς παρέχοντας την καλύτερη διαθέσιμη θεραπεία σύμφωνα με την αποδεκτή επιστημονική γνώση και τις ηθικές αρχές» (Standard #1). Αυτό, φυσικά, δεν ήταν θεραπεία, αλλά αξιολόγηση για το δικαστήριο και, άρα, εντάσσεται στις οδηγίες της Μαδρίτης;

Οι Κατευθυντήριες Γραμμές Ειδικότητας για Εγκληματολογικούς Ψυχολόγους (σίγουρα το πιο ολοκληρωμένο έγγραφο στο είδος του με έδρα τις ΗΠΑ) περιλαμβάνει μια μακροσκελή ενότητα σχετικά με την «Επάρκεια» (των αξιολογητών/εξεταστών) και τη ζήτηση, μεταξύ άλλων:

1. Οι ιατροδικαστικοί ψυχολόγοι παρέχουν υπηρεσίες μόνο σε τομείς ψυχολογίας στους οποίους έχουν εξειδικευμένες γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία και εκπαίδευση.
2. Οι ιατροδικαστές έχουν υποχρέωση να παρουσιάσουν στο δικαστήριο, σχετικά με τα συγκεκριμένα θέματα για τα οποία θα καταθέσουν, τα όρια της αρμοδιότητάς τους, τις πραγματικές βάσεις (γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία, κατάρτιση και εκπαίδευση) για την ιδιότητά τους ως εμπειρογνώμονες, καθώς και τη συνάφεια αυτών των πραγματολογικών βάσεων με την ιδιότητά τους ως εμπειρογνώμονες στα συγκεκριμένα επίμαχα θέματα.
3. Οι ιατροδικαστές ψυχολόγοι είναι υπεύθυνοι για ένα θεμελιώδες και εύλογο επίπεδο γνώσης και κατανόησης των νομικών και επαγγελματικών προτύπων που διέπουν τη συμμετοχή τους ως εμπειρογνώμονες σε νομικές διαδικασίες. (Standards III A-C).

Για ακόμα μια φορά, αν και αυτά τα πρότυπα δεν μιλούν άμεσα για τη συμπεριφορά σχετικά με αυτήν την περίπτωση, φαίνεται να υποστηρίζουν πιθανούς ισχυρισμούς για ηθική παραβίαση. Η διασαύρωση μεταξύ εξέτασης και αξιολόγησης του δικαστηρίου δεν περιγράφεται πάντα στις δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές και αυτή η σύναψη που λείπει μπορεί να είναι κρίσιμη σε μια περίπτωση όπως εκείνη που εξετάσαμε. Δεν υπάρχει αμφιβολία

ότι αυτό που έγινε εδώ είναι κάτω από κάθε όριο ικανής ή ηθικής πρακτικής αξιολόγησης.

3. Η χρήση φαρμάκων για να καταστεί ο θανατοποινίτης ικανός να εκτελεστεί³⁷

Περίπτωση:

Ο Δρ. Lutz εργάζεται σε πτέρυγα μελλοθανάτων. Ένας από τους κρατούμενους του πάσχει από σχιζοφρένεια. Πριν από δεκαπέντε χρόνια, ο κρατούμενος καταδικάστηκε για φρικτά εγκλήματα, βασάνισε, ξυλοκόπησε και σκότωσε πολλές οικογένειες και παρόλο που είχε ιστορικό ψύχωσης, κρίθηκε νομικά υγιής την ώρα των πράξεων. Ο Δρ. Lutz αντιμετώπιζε τη διαταραχή του κρατουμένου με αντιψυχωσικό φάρμακο, αλλά η κατάσταση του έχει επιδεινωθεί. Ο κρατούμενος κρίθηκε ανίκανος να εκτελεστεί.

Ο Δρ. Lutz ανέλαβε το καθήκον να αποκαταστήσει την ικανότητα του ασθενή, ώστε να εκτελεστεί και παρότι γνωρίζει ότι μόλις αποκατασταθεί ο ασθενής, θα εκτελεστεί σύντομα, πιστεύει ότι η δουλειά του είναι να θεραπεύσει τον ασθενή και ότι ο ρόλος του είναι ξεχωριστός και διακριτός από το συμφέρον της κυβέρνησης να εκτελέσει τον ασθενή.

Ερωτήσεις:

1. Τι είναι η σύγκρουση συμφερόντων;
2. Μπορεί ο Δρ. Lutz να εξισορροπήσει την επιθυμία του να θεραπεύσει τον ασθενή του με τη γνώση του ότι, αν είναι επιτυχής, τότε η κυβέρνηση θα εκτελέσει τον ασθενή;
3. Η θεραπεία του ασθενή από τον Δρ. Lutz εκπληρώνει πραγματικά έναν ρόλο θεραπευτή;

Απαντήσεις:

1. Το Ανώτατο Δικαστήριο των ΗΠΑ έχει αποφανθεί, σε περισ-

³⁷ Σε αντίθεση με τις άλλες υποθέσεις αυτού του κεφαλαίου, αυτή είναι υποθετική, που συνδυάζει πτυχές του *Ford v. Wainwright*, 477 U.S. 399 (1986); *Panetti v. Quarterman*, 127 S. Ct. 2842 (2007) και μη αναφερόμενων περιπτώσεων γνωστών στους συγγραφείς.

σότερες από μία περιπτώσεις, ότι η εκτέλεση ανθρώπων που είναι «φρενοβλαβείς» (ή που έχουν νοτική υστέρηση) μπορεί να μην έχει ανταποδοτική ή αποτρεπτική αξία, να μην χρησιμεύει ως παράδειγμα σε άλλους και μπορεί είναι προσβλητικό για την ανθρωπότητα.

Ωστόσο, υπάρχει μια διαμάχη ως προς το αν οι ψυχίατροι πρέπει να εμπλακούν στην αποκατάσταση της ικανότητας ενός κρατούμενου που θα εκτελεστεί σύντομα. Ορισμένοι ψυχίατροι πιστεύουν ότι τέτοιες αποκαταστάσεις είναι μια μέθοδος συμμετοχής στην εκτέλεση ενός κρατούμενου και επομένως ο γιατρός δεν συμμετέχει σε θεραπευτικό ρόλο αλλά στην επίσπευση του θανάτου του ασθενή. Άλλοι ψυχίατροι πιστεύουν ότι ο κρατούμενος έχει δικαίωμα στη θεραπεία και ότι τέτοιες αποκαταστάσεις της ικανότητας θα επιτρέψουν στον ασθενή να συνεχίσει να συμμετέχει ενεργά στην υπεράσπισή του μέχρι τη στιγμή που θα εκτελεστεί. Όσοι αντιτίθενται στη συμμετοχή σε αυτή τη διαδικασία βασίζονται σε πηγές όπως τα ευρήματα της Τελικής Έκθεσης της *Διεθνούς Διάσκεψης της Αμνηστίας για την Κατάργηση των Βασανιστηρίων (Final Report of the Amnesty International Conference for the Abolition of Torture, Παρίσι, Γαλλία, 1973)* και της 29η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση του Παγκόσμιος Ιατρικός Σύλλογος (the 29th World Medical Assembly of the World Medical Association, η λεγόμενη Διακήρυξη του Τόκιο).

Πιο πρόσφατα, το Ανώτατο Δικαστήριο έκρινε ότι ήταν αντισυνταγματικό να εμποδίζεται ένας κρατούμενος από το να αποδείξει ότι η ψυχική του ασθένεια «εμποδίζει την ορθολογική κατανόηση του λόγου της εκτέλεσής του από το κράτος».³⁸ Αυτή η απόφαση του 2007 διευκρίνισε τα υποκείμενα ζητήματα για τους δικηγόρους, αλλά δεν έλυσε το δίλημμα για τους ψυχιάτρους. Αναμένεται, ωστόσο, ότι αυτή η απόφαση θα οδηγήσει σε αυξημένη ευαισθητοποίηση γύρω από αυτό το ζήτημα (και σε πρόσθετη επακόλουθη δικαστική προσφυγή). Ως αποτέλεσμα, είναι πιθανό ότι οι ηθικές συνέπειες αυτού του διλήμματος και η σχέση

38 Panetti, 127 S. Ct. στο 2860.

μεταξύ των ιατρικών και νομικών ζητημάτων θα εξεταστούν πιο προσεκτικά και ότι αυτός ο πρόσθετος έλεγχος μπορεί να παρέχει άμεση καθοδήγηση για τους επαγγελματίες.

2. Αν και η Διακήρυξη του Τόκιο φαίνεται να απαγορεύει την ψυχιατρική συμμετοχή σε αυτή τη διαδικασία, δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς το εάν αυτή η συμμετοχή είναι νομικά επιτρεπτή. Ο Δρ. Lutz πρέπει να καταλάβει ότι η αντίληψή του για το ποια είναι η δουλειά του δύναται να έρχεται σε αντίθεση με αυτή τη Διακήρυξη και, φυσικά, να οδηγήσει στον τελικό θάνατο του ασθενή του.

3. Οι ηθικολόγοι και άλλοι μελετητές έχουν διαχωρίσει προσεκτικά τους ιατροδικαστικούς και θεραπευτικούς ρόλους των ψυχιάτρων σε περιβάλλοντα που περιλαμβάνουν τη νομική διαδικασία. Οι γιατροί των φυλακών —οι οποίοι περιθάλπουν τους ασθενείς τους μόνο επειδή οι ασθενείς είναι έγκλειστοι— έχουν μια μοναδική σχέση με αυτούς που θεραπεύουν (οι οποίοι, συνήθως, δεν έχουν ελευθερία επιλογής όσον αφορά την επιλογή του γιατρού τους). Γιατροί όπως ο Δρ. Lutz πρέπει να το αναγνωρίσουν αυτό καθώς εξισορροπούν τους ρόλους τους σε αυτού του είδους τις περιπτώσεις.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ:

Από την ενημερωμένη συναίνεση
στη σύγκρουση συμφερόντων
στην ενημερωμένη συναίνεση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, ΕΠΟΠΤΕΣ, ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Περίπτωση:

Ο Δρ. Carter είναι ένας πρωτοετής ειδικευόμενος γιατρός που έχει αρχίσει να πηγαίνει σε δείπνα χορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρείες. Του αρέσει να βγαίνει σε ωραία εστιατόρια και παρατηρεί ότι μερικοί από τους ομιλητές σε αυτά τα δείπνα είναι εξέχοντες γιατροί στο τμήμα. Ο πρόεδρος του τμήματος είναι μεταξύ των προβεβλημένων ομιλητών σε ένα από τα δείπνα της φαρμακευτικής εταιρείας. Τα θέματα των δείπνων είναι τόσο τα νέα φάρμακα που έχουν κυκλοφορήσει στην αγορά, όσο και δημοφιλή φάρμακα που είναι ακόμη κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας.

Σε ένα από τα δείπνα, ο Δρ. Carter μαθαίνει για ένα νέο φάρμακο που κυκλοφορεί στην αγορά εδώ και δύο χρόνια. Το φάρμακο είναι μεταβολίτης ενός άλλου φαρμάκου που έχει φύγει από το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας την ίδια στιγμή που το νέο φάρμακο βγήκε στην αγορά. Και τα δύο φάρμακα παρασκευάζονται από την ίδια φαρμακευτική εταιρεία, ενώ οι κλινικοί γιατροί που έχουν χρησιμοποιήσει το νέο φάρμακο έχουν βρει μικρή διαφορά μεταξύ του νεότερου και του παλαιότερου φαρμάκου. Ωστόσο, η φαρμακευτική εταιρεία επιμένει ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φαρμάκων με βάση τα δεδομένα που έχει συλλέξει. Ο Δρ. Carter παρατηρεί ότι ορισμένοι από τους προϊσταμένους του που παρευρίσκονται εκεί συνταγογραφούν κατά κύριο λόγο τα νεότερα φάρμακα σε νοσηλεύομενους ασθενείς και μιλούν για τα πλεονεκτήματα του φαρμάκου στα δείπνα που χορηγεί η φαρμακευτική εταιρεία.

Ο Δρ. Carter παρακολούθησε επίσης μια από τις συναντήσεις grand rounds με φαρμακευτική χορηγία και εντυπωσιάστηκε από τις πληροφορίες και τον προσκεκλημένο ομιλητή· επρόκειτο για έναν εθνικά αναγνωρισμένο ειδικό στον τομέα, ο οποίος παρου-

σίασε σαφή στοιχεία που υποστήριξαν τη θεραπευτική υπεροχή του νέου φαρμάκου. Ούτε ο ειδικός στον τομέα ούτε οι προϊστάμενοί του έδωσαν πολλές πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές του νέου φαρμάκου θεραπείες, αλλά οι πληροφορίες που δόθηκαν υπογράμμισαν αρνητικά χαρακτηριστικά των εναλλακτικών φαρμάκων. Την περασμένη εβδομάδα, ο Δρ. Carter διάβασε ένα άρθρο σε ένα έγκριτο περιοδικό που έδειξε ότι αρκετές εναλλακτικές εκτός πατέντας και γενόσημες θεραπείες ήταν εξίσου αποτελεσματικές για παρόμοιους πληθυσμούς ασθενών.

Ενώ έκανε μια επίσκεψη ρουτίνας στους εξωτερικούς ασθενείς, ο Δρ. Carter παρατήρησε ότι εκείνοι που έπαιρναν εξιτήριο από την υπηρεσία νοσηλείας άρχισαν να παίρνουν το νεότερο φάρμακο ενώ βρισκόνταν στο νοσοκομείο, όμως, όπως ανακάλυψε αργότερα, η ασφαλιστική τους εταιρεία δεν επρόκειτο να καλύψει τα έξοδα για το καινούριο φάρμακο επειδή ήταν διαθέσιμες γενικές εναλλακτικές λύσεις. Ο Δρ. Carter χρειάστηκε να τηλεφωνήσει στην ασφαλιστική εταιρεία για να προσπαθήσει να προπιοτοποιήσει τη χρήση του νεότερου, ακριβότερου φαρμάκου. Μερικοί από τους ασθενείς του Δρ. Carter ήταν εξαγριωμένοι με την πρόταση ότι θα έπρεπε να αλλάξουν το νεότερο φάρμακο που τους είχε βοηθήσει στο νοσοκομείο, είτε με μια γενόσημη εναλλακτική, είτε με άλλες εναλλακτικές σύμφωνα με τη λίστα φαρμάκων της ασφαλιστικής εταιρείας. Ο Δρ. Carter γνώριζε ένα πρόγραμμα βοήθειας ασθενών που θα πλήρωνε ολόκληρο το κόστος της φαρμακευτικής αγωγής για ορισμένους από τους ασθενείς του και μέρος του κόστους για άλλους ασθενείς, εντούτοις, μερικοί από τους ασθενείς του Δρ. Carter δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις για το πρόγραμμα βοήθειας ασθενών.

Λίγοι από τους ασθενείς του Δρ. Carter είχαν ήδη συμφωνήσει με την ασφαλιστική τους εταιρεία να ξεκινήσουν τη νεότερη φαρμακευτική αγωγή, επειδή είχαν δοκιμάσει αρκετές εναλλακτικές φαρμακευτικές αγωγές στο παρελθόν που δεν τους βοήθησε. Προς μεγάλη ευχαρίστηση του Δρ. Carter, ορισμένοι από τους ασθενείς που λάμβαναν το νέο φάρμακο συνέχισαν να βελτιώνονται και αρκετοί από αυτούς ήθελαν τώρα να εργαστούν επειδή

ένιωθαν καλύτερα, ακόμα και αν αυτό σήμαινε ότι επειδή αυτοί οι ασθενείς θα κέρδιζαν πολλά χρήματα θα έπαυαν να πληρούν τις προϋποθέσεις για την τρέχουσα ασφαλιστική τους κάλυψη ή για το διαθέσιμο πρόγραμμα βοήθειας ασθενών. Επιπλέον, αυτοί οι ασθενείς δεν ήθελαν να δοκιμάσουν μια γενική εναλλακτική λύση, η οποία ήταν ένα κλάσμα του κόστους που κατέβαλαν, επειδή δεν ήθελαν να διακινδυνεύσουν να αισθανθούν χειρότερα.

Ερώτηση: Παρατηρείται σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση; Ποια είναι μερικά επιχειρήματα υπέρ και κατά της ύπαρξης σύγκρουσης συμφερόντων;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ Carter έχει καθήκον να θεραπεύει τους ασθενείς του δοκιμάζοντας διάφορες εναλλακτικές θεραπείες. Ωστόσο, η φαρμακευτική βιομηχανία, ο πρόεδρος και οι επόπτες του τμήματος του Δρ. Carter που μιλούν εκ μέρους της φαρμακευτικής βιομηχανίας θέλουν ο Δρ Carter να σκέφτεται περισσότερο τη χρήση του κατοχυρωμένου με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας φαρμάκου και λιγότερο τις γενόσημες εναλλακτικές.
- **ΝΑΙ.** Η φαρμακευτική βιομηχανία ενδιαφέρεται να χρησιμοποιήσει το νέο της κατοχυρωμένο με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας φάρμακο αντί για το φάρμακο που μόλις έγινε γενικό. Από την άλλη πλευρά, η ασφαλιστική εταιρεία θέλει να χρησιμοποιηθεί πρώτα το γενόσημο φάρμακο και άλλες λιγότερο δαπανηρές εναλλακτικές λύσεις αντί της θεραπείας.
- **ΝΑΙ.** Ο Δρ Carter θέλει να μάθει περισσότερα για νεότερες εναλλακτικές φαρμακευτικές αγωγές για τη θεραπεία ασθενών και, επίσης, απολαμβάνει δωρεάν γεύματα σε ωραία εστιατόρια, ενώ το πρόγραμμα ειδίκευσης της ιατρικής θέλει ο Δρ Carter να μάθει για όλες τις εναλλακτικές λύσεις στη θεραπεία και να θεωρεί την επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών ως εμπόδιο για την επίτευξη αυτού του στόχου.
- **ΝΑΙ.** Η ασφαλιστική εταιρεία θέλει να χρησιμοποιήσει μια λιγότερο δαπανηρή εναλλακτική λύση στη θεραπεία από το επώνυμο φάρμακο. Μερικοί ασθενείς θέλουν τις πιο πρόσφατες και

πιθανώς τις πιο ακριβές διαθέσιμες θεραπείες, επειδή πιστεύουν ότι η θεραπεία είναι μια καλύτερη εναλλακτική από τα φάρμακα που έχουν φύγει από το δίπλωμα ευρεσιτεχνίας.

- ΝΑΙ. Οι απόψεις του προέδρου και του σώματος των εποπτών δίστανται ως προς την αξιολόγηση του Δρ. Carter. Αν ο Δρ Carter αποτύχει να παρευρεθεί στα δείπνα που χορηγεί η φαρμακευτική εταιρεία και υπάρχει χαμηλή συμμετοχή, αυτό θα θεωρηθεί πλήγμα στην περηφάνια τους και ίσως ακόμη και στο καρτζιλί τους;
- ΟΧΙ. Ο Δρ. Carter και οι άλλοι επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου έχουν εκπαίδευση και εμπειρία που θα τους επιτρέψει να λάβουν καλές αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών. Όσο και αν οι επιλογές τους υποστηρίζουν τις ενέργειες της φαρμακευτικής εταιρείας, όσο και αν εκείνοι παρακολουθούν εκδηλώσεις που χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές εταιρείες, οι αποφάσεις τους είναι επαγγελματικής ποιότητας και οι άλλοι δεν πρέπει να τους επιβάλλουν τις ηθικές αξίες τους.

Ερώτηση: Πρέπει οι κλινικοί γιατροί να ενημερώνουν τους ασθενείς για τον ρόλο τους στις φαρμακευτικές εταιρείες.

- ΝΑΙ. Η ενημέρωση των ασθενών από τον κλινικό ιατρό για τον ρόλο του σε μια φαρμακευτική εταιρεία μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία εμπιστοσύνης μεταξύ του κλινικού ιατρού και των ασθενών του. Εναλλακτικά, αυτές οι πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να αποφασίσουν εάν θέλουν να παραπεμφθούν σε άλλο γιατρό που μπορεί να μην έχει αυτή την πιθανή σύγκρουση συμφερόντων.
- ΝΑΙ. Αναμφισβήτητα, αν ένας κλινικός ιατρός είναι μέλος της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ενός οργανισμού στον οποίο η εκάστοτε φαρμακευτική εταιρεία παρέχει σημαντικά κεφάλαια, αυτό το γεγονός μπορεί επίσης να είναι σημαντικό για ορισμένους ασθενείς όταν εξετάζουν την επιλογή μεταξύ φαρμάκου επωνυμίας και γενόσημου φαρμάκου.
- ΟΧΙ. Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, η αποκάλυψη μπορεί

να βλάψει τη σχέση του Δρ. Carter με τους ασθενείς του και να τους κάνει να διάκεινται αρνητικά ως προς τη φροντίδα που τους προσφέρεται, όσο καλή και αν είναι εκείνη στην πραγματικότητα.

- ΟΧΙ. Εάν επρόκειτο να προκύψει ισχυρισμός περί αθέμιτης πρακτικής, ο πληρεξούσιος δικηγόρος του ενάγοντα θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει αυτήν την αποκάλυψη για να δημιουργήσει την αντίληψη στην κριτική επιτροπή ότι ο Δρ. Carter ήταν ένα εργαλείο της φαρμακευτικής βιομηχανίας, είτε αυτό ήταν αλήθεια είτε όχι και αν η σχέση του Δρ. Carter με τη φαρμακευτική εταιρεία είχε ή όχι σχέση με την υπόθεση που εξετάζουμε.

Συζήτηση

Αυτή η περίπτωση αποτυπώνει την υπάρχουσα αυξανόμενη ανησυχία ότι η φαρμακοβιομηχανία έχει υπερβολική επιρροή στην πρακτική της ιατρικής. Όταν η επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών επηρεάζει αρνητικά τη φροντίδα των ασθενών, τότε δημιουργείται σύγκρουση συμφερόντων. Στην περίπτωση που εξετάζουμε, ωστόσο, υπάρχει μικρή ή καθόλου διαφορά μεταξύ του γενόσημου φαρμάκου και του φαρμάκου επωνυμίας. Οι γιατροί θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες, αλλά εφόσον όλοι οι άλλοι είναι ίσοι, θα πρέπει να επιλέξουν το φάρμακο που θα κοστίσει λιγότερο στον ασθενή και στους ασφαλιστές.

Ο ειδικός αναγνωρισμένος σε εθνικό επίπεδο, σε αυτή την περίπτωση, σημείωσε τα πλεονεκτήματα της φαρμακευτικής αγωγής που προτείνει η φαρμακευτική εταιρεία και τα μειονεκτήματα άλλων φαρμάκων. Για να είναι ένα δείπνο αυτού του είδους πραγματικά εκπαιδευτικής σημασίας και να μην θεωρείται ως διαφημιστική εκδήλωση, ο ομιλητής θα πρέπει να μιλήσει για σημαντικά σημεία που θα πρέπει να λάβουν υπόψη οι επαγγελματίες όταν αποκτούν την ενημερωμένη συγκατάθεση. Δηλαδή, ο ειδικός θα πρέπει να μιλήσει για τους κινδύνους, τα οφέλη και τις εναλλακτικές λύσεις έναντι του φαρμάκου, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας φαρμάκου. Θα πρέπει επίσης να συζητηθούν τα οφέλη των εναλλακτικών θεραπειών. Τέτοιες πληροφορίες μπορούν να χρη-

σιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες για να λάβουν πραγματικά ενημερωμένη συγκατάθεση και να μην δώσουν στους ασθενείς μια προκατειλημμένη άποψη για τα φάρμακα που βασίζεται σε μια, επίσης, προκατειλημμένη ομιλία που άκουσαν σε ένα δείπνο που χορηγείται από φαρμακευτική αγωγή.

Σε αυτήν την περίπτωση, ο Δρ. Carter ξεκίνησε να θεραπεύει τους εσωτερικούς ασθενείς με επώνυμα φάρμακα, τα οποία η ασφαλιστική εταιρεία τους δεν ήθελε να πληρώσει σε εξωτερική βάση. Η έναρξη της θεραπείας ενός ασθενή με το πιο ακριβό επώνυμο φάρμακο ως νοσηλευόμενου είναι αποδεκτή, εφόσον ο ασθενής παρέχει ενημερωμένη συγκατάθεση για το φάρμακο και είναι σε θέση και πρόθυμος να αναλάβει την οικονομική ευθύνη αν η ασφαλιστική εταιρεία δεν πληρώσει για το φάρμακο, ή αν η ομάδα εσωτερικών ασθενών λαμβάνει διαβεβαίωση από την ασφαλιστική εταιρεία ότι το φάρμακο θα καλύπτεται σε εξωτερική περίθαλψη. Δεν είναι αποδεκτό για έναν ασθενή να ξεκινά με ένα νέο φάρμακο μόνο και μόνο για να διαπιστωθεί ότι η ασφαλιστική του εταιρεία δεν θα καλύπτει πλέον το φάρμακο μετά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο, καθώς οι ασθενείς, σε αυτή την κατάσταση, μπορεί, κατά τρόπο απαράδεκτο, να είναι εκτός φαρμακευτικής αγωγής για κάποιο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, η εμπιστοσύνη, βασικό χαρακτηριστικό μιας θεραπευτικής συμμαχίας, μπορεί να τεθεί σε κίνδυνο.

Εκτός από τυχόν άμεσες συγκρούσεις συμφερόντων μπορεί να υπάρχουν και έμμεσες. Δηλαδή, για την προστασία της θεραπευτικής συμμαχίας και την παροχή γνήσιας ενημερωμένης συγκατάθεσης, ο Δρ. Carter θα πρέπει επίσης να αποκαλύψει τυχόν έμμεσους δεσμούς που μπορεί να δημιουργήσουν πιθανές συγκρούσεις: για παράδειγμα, αν το τμήμα, η προεδρία ή το πρόγραμμα ειδικότητάς του λαμβάνει φαρμακευτική χρηματοδότηση, και, ειδικότερα, χρήματα που μπορεί να πληρώσουν τον μισθό του εν όλω ή εν μέρει, αυτό το γεγονός θα πρέπει να γνωστοποιείται στους ασθενείς του κατά τη συνταγογράφηση. Επίσης, η πρακτική που βασίζεται σε στοιχεία τίθεται σε κίνδυνο όταν οι πληροφορίες που διαδίδονται είναι υποκειμενικές, ελλειπείς ή μεροληπτικές.

Για παράδειγμα, αν η μοναδική ή κύρια πηγή πληροφοριών του Δρ. Carter σχετικά με τα κατοχυρωμένα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας έναντι των γενόσημων φαρμάκων χορηγείται από τη βιομηχανία, αυτό θα πρέπει επίσης να κοινοποιηθεί στους ασθενείς του. Αυτό το πρόβλημα είναι ίσως πιο προφανές όταν οι πάροχοι συνταγογράφησης λαμβάνουν τις πληροφορίες τους από CME ή Grand Rounds που χρηματοδοτούνται από τον κλάδο, αλλά μπορεί επίσης να είναι πρόβλημα εάν ο Δρ. Carter λαμβάνει τις πληροφορίες του από ιατρικά περιοδικά με αξιολόγηση από ομοτίμους, αν οι συντάκτες και οι κριτές των περιοδικών δεν ήταν είναι προσεκτικοί στον έλεγχο πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων.

Ερώτηση: Ποιες είναι μερικές σχετικές ερωτήσεις που θα μπορούσαν να έχουν τεθεί στον ομιλητή που υποστήριξε την υπεροχή του νέου φαρμάκου;

1. Ποια δεδομένα δείχνουν ότι οι δύο πληθυσμοί ήταν πραγματικά συγκρίσιμοι;
2. Διεξήχθησαν οι δοκιμές για αρκετό χρόνο και με επαρκή ιατρική παρακολούθηση, ώστε να μπορούν να εντοπιστούν απρόβλεπτες παρενέργειες των νέων φαρμάκων;
3. Υπήρχαν διαθέσιμες, αλλά μη δημοσιευμένες μελέτες, οι οποίες δεν έδειξαν διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ των θεραπειών που δοκιμάστηκαν;
4. Ποιο ήταν το ποσοστό εγκατάλειψης και γιατί οι ασθενείς εγκατέλειψαν;
5. Πέρα από κάθε αμοιβή που λαμβάνει ο ομιλητής, υπάρχουν έμμεσες πηγές υποστήριξης, όπως τα λεγόμενα απεριόριστα κεφάλαια που χορηγούνται στον μισθό του τμήματος ή του ιδρύματος του ομιλητή ή στον γενικό λογαριασμό;

Συζήτηση

Το πρώτο από αυτά τα ερωτήματα είναι σημαντικό επειδή μια άλλη πηγή μεροληψίας σε φαρμακευτικά χορηγούμενη έρευνα περιλαμ-

βάνει παραβιάσεις της ισορροπίας ή της αρχής της αβεβαιότητας. Αυτή η αρχή έχει οριστεί με όρους «ουσιαστικής αβεβαιότητας σχετικά με τη σχετική αξία μιας θεραπείας έναντι μιας άλλης». Όταν γίνονται μη ισοδύναμες ή κατώτερες των προτύπων συγκρίσεις (π.χ., χρησιμοποιώντας μόνο εικονικά φάρμακα στη φάση των συγκριτικών ελέγχων αντί να συγκρίνει κανείς το νέο φάρμακο με το τυπικό ψυχοτρόπο φάρμακο), τα συμπεράσματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα του νέου φαρμάκου είναι ύποπτα. Επίσης, η μελέτη μπορεί να διεξαχθεί για σύντομο χρονικό διάστημα, κατά τη διάρκεια του οποίου τα γνωστά οφέλη μπορεί να γίνουν εμφανή πριν προκύψουν πιο λεπτοί, αλλά ουσιαστικοί κίνδυνοι. Ένα υψηλό ποσοστό εγκατάλειψης μπορεί επίσης να είναι ενδεικτικό ανεπιθύμητων ενεργειών που προκαλούν απρόβλεπτο, ανώνυμο και επομένως κλινικά μη αναγνωρισμένο πόνο. Μια τέτοια ανώνυμη ταλαιπωρία, που δεν παρατηρήθηκε από τους ερευνητές, μπορεί ωστόσο να έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να δείχνουν την απέχθειά τους διά της απουσίας τους από τις εκάστοτε μελέτες.

Περίπτωση:

Ο Δρ Reddy προσλήφθηκε από ένα μεγάλο ακαδημαϊκό κέντρο για να παρέχει κλινικές υπηρεσίες σε εξωτερικούς ασθενείς. Προσλήφθηκε με σύμβαση παραγωγικότητας, δηλαδή, όσο περισσότερους ασθενείς έβλεπε, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο μισθός του. Το ποσοστό «απόντων» της κλινικής ήταν 50%. Ως εκ τούτου, για να πετύχει τον στόχο του, ο Δρ. Reddy έπρεπε να «διπλασιάσει» τους ασθενείς για να πετύχει τον στόχο παραγωγικότητάς του. Υπήρχαν μέρες που το 50% των ασθενών δεν εμφανίζονταν στα ραντεβού τους και ο Δρ. Reddy ήταν χαρούμενος που είχε μέρες σαν κι αυτές, γιατί αυτό σήμαινε ότι ήταν σε θέση να πετύχει τον στόχο παραγωγικότητάς του και να μην αισθάνεται καταπονημένος. Τις υπόλοιπες μέρες, ωστόσο, σχεδόν όλοι οι ασθενείς του Δρ. Reddy εμφανίζονταν και εκείνες τις μέρες που ήταν εξαιρετικά απασχολημένος, ένωθε τυχερός που κρατούσε έστω και λίγες σημειώσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στο τέλος κάθε εβδομάδας, ο

Δρ. Reddy υπολόγιζε αν πέτυχε ή όχι τον στόχο παραγωγικότητάς του και προσάρμοζε ανάλογα το πρόγραμμα των επόμενων εβδομάδων. Παρ' όλα αυτά, ο Δρ. Reddy άρχισε να αντιλαμβάνεται ότι του ζητούσαν να δει περισσότερους ασθενείς από αυτούς στους οποίους μπορούσε να προσφέρει ποιοτική φροντίδα.

Το συμβόλαιο του Δρ. Reddy περιλάμβανε ένα μόνον, αν οι σημειώσεις του αποτελούνταν από την τεκμηρίωση συγκεκριμένων παραγόντων που απαιτούνταν από μια ρυθμιστική υπηρεσία η οποία επέβλεπε την ποιότητα των υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών του ακαδημαϊκού κέντρου. Αυτοί οι παράγοντες περιλάμβαναν τεκμηρίωση της τρέχουσας κατάστασης του ασθενούς, αλλαγές στα φάρμακα, τυχόν σκέψεις που μπορεί να έχει ο ασθενής ότι βλάπτει τον εαυτό του ή άλλους, εργαστηριακά αποτελέσματα, συντονισμό με άλλους παρόχους, διαγνωστική περίληψη, αξιολόγηση, σχέδιο φροντίδας κ.λπ.

Επιπλέον, ο Δρ. Reddy κλήθηκε από τις ασφαλιστικές εταιρείες να τεκμηριώσει συγκεκριμένους συντελεστές προκειμένου να αποζημιωθεί η κλινική. Μετά από τρεις μήνες στη δουλειά, ο Δρ. Reddy άρχισε να τυποποιεί τις ερωτήσεις που έκανε στους ασθενείς, ώστε να μπορεί να βλέπει τους ασθενείς γρήγορα και αποτελεσματικά και, έτσι, μπόρεσε να διατηρήσει το επίπεδο παραγωγικότητάς του εκπληρώνοντας όλες τις απαιτήσεις τεκμηρίωσης που είχαν ορίσει οι ασφαλιστικές εταιρείες και η ρυθμιστική αρχή. Ο Δρ. Reddy άρχισε επίσης να δίνει στους ασθενείς στην αίθουσα αναμονής ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς ως εναλλακτική λύση στο να περνάει χρόνο μαζί τους.

Ο Δρ. Reddy ήταν ικανοποιημένος από τον μισθό που έπαιρνε, αλλά δεν ήταν ευχαριστημένος με τον χρόνο που έπρεπε να αφιερώσει στην κλινική και μακριά από την οικογένειά του. Μολονότι το ιατρείο του μεγάλωσε και μετά από αρκετούς μήνες έβλεπε εκατοντάδες ασθενείς, ο Δρ. Reddy δεν ένιωθε ότι γνωρίζει τους ασθενείς του, ενώ, από την πλευρά τους, πολλοί από τους ασθενείς του Δρ. Reddy ένιωθαν ότι δεν άκουγε τις ανησυχίες τους.

Μια μέρα ο Δρ. Reddy ανακάλυψε ότι ένας από τους ασθενείς του, τον οποίο είχε δει για τελευταία φορά δύο εβδομάδες πριν,

είχε αυτοκτονήσει. Μετά από κάθε επίσκεψη, ο γιατρός σημείωνε ότι ο ασθενής αρνιόταν τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ωστόσο, ο Δρ. Reddy δεν πέρασε ποτέ από μια πλήρη αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας λόγω των χρονικών περιορισμών που τον πίεζαν, όπως δεν έκανε ούτε διερευνητικές, ούτε έμμεσες ερωτήσεις, παρότι γνώριζε ότι ο ασθενής είχε προσπαθήσει να αυτοκτονήσει με τη λήψη υπερβολικής δόσης χαπιών 5 χρόνια πριν.

Ο Δρ Reddy δεν γνώριζε, παρά μόνο μετά την αυτοκτονία, ότι ο ασθενής είχε σημαντικό εργασιακό άγχος, είχε τραυματιστεί ως παιδί και έβλεπε την εργασία ως μια, ούτως ειπείν, σανίδα σωτηρίας που θα τον οδηγούσε στην αυτονομία· αυτή ήταν η αιτιακή σχέση της αυτοκτονίας του. Παρόλο που ο Δρ. Reddy ένωσε άσχημα για την αυτοκτονία του ασθενούς, ένωσε επίσης ανακουφισμένος που δεν επρόκειτο να υποβληθεί σε μήνυση επειδή είχε τεκμηριώσει τι απαιτούνταν από τη ρυθμιστική αρχή και την ασφαλιστική εταιρεία.

Ερώτηση: Υπήρχε σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την υπόθεση;

- **ΝΑΙ.** Η πιο σημαντική σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση αφορά το καθήκον του Δρ. Reddy προς τους ασθενείς του και τα οικονομικά του συμφέροντα, όπως υποκινούνται από το συμβόλαιο παραγωγικότητάς του. Ο Δρ Reddy έχει ειδική υποχρέωση, ως πάροχος ψυχικής υγείας, να αξιολογεί τους στατικούς και δυναμικούς παράγοντες κινδύνου αυτοκτονίας στους ασθενείς του. Η απλή τεκμηρίωση ότι κάποιος συγκεκριμένος ασθενής δεν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να πληροί τις ελάχιστες απαιτήσεις τεκμηρίωσης που ορίζονται από ρυθμιστικούς φορείς και θεσμικές πολιτικές, ωστόσο, ο Δρ. Reddy πρέπει να κάνει εκτιμήσεις σύμφωνα με το πρότυπο φροντίδας που θα πληρούσε οποιοσδήποτε συνετός επαγγελματίας υπό παρόμοιες συνθήκες.
- **ΝΑΙ.** Μια άλλη σημαντική σύγκρουση είναι μεταξύ της ανάγκης της ασφαλιστικής εταιρείας να αποκομίσει κέρδος και της αποστολής του ακαδημαϊκού κέντρου να είναι πρωτοπόρος στην

- εκπαίδευση, την κλινική περίθαλψη και την έρευνα.
- ΟΧΙ. Πολλά μεγάλα ακαδημαϊκά και ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές χρησιμοποιούν συμβάσεις παραγωγικότητας. Δεδομένων των χαμηλότερων ποσοστών αποζημίωσης από τους ασφαλιστές, των απαιτήσεων περίθαλψης ασθενών, της ανάγκης υποστήριξης γενικών εξόδων, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλισης για κακή πρακτική, και της ανάγκης υποστήριξης των μισθών τους, οι κλινικοί ιατροί έχουν τοποθετηθεί σε αυτές τις συμβάσεις για να βοηθήσουν τα ιδρύματά τους να αναπτυχθούν και να εξυπηρετήσουν περισσότερες ανάγκες της κοινότητας.
 - ΟΧΙ. Πολλοί πάροχοι υγείας, προσπαθώντας να είναι χρονικά και οικονομικά αποδοτικοί, χρησιμοποιούν τα πλέον τυποποιημένα εργαλεία για την αξιολόγηση και τη διάγνωση ασθενών. Τέτοια εργαλεία μπορούν να παρέχουν πολύτιμες συμπληρωματικές πληροφορίες που, όταν χρησιμοποιούνται κατάλληλα μαζί με μια κλινική συνέντευξη, μπορούν να καθοδηγήσουν τις ερωτήσεις του ατόμου που παίρνει τη συνέντευξη και να αποσπάσουν πιο αποτελεσματικά τα πιο σημαντικά προβλήματα στα οποία χρειάζεται να δώσουν έμφαση. Ένα παράδειγμα στο οποίο η χρήση τυποποιημένων εργαλείων αξιολόγησης είναι καλύτερη από την κλινική κρίση είναι ο τομέας των αξιολογήσεων κινδύνου βίας με χρήση αναλογιστικών μέσων. Αυτά τα όργανα έχουν αποδειχθεί ότι είναι ελαφρώς καλύτερα από την κλινική κρίση που δεν χρησιμοποιεί επικουρία. Ωστόσο, και πάλι, θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία ως μέρος μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης στη φροντίδα των ασθενών.

Συζήτηση:

Η υπερβολική εξάρτηση από τυποποιημένα εργαλεία αξιολόγησης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη φροντίδα του ασθενούς. Όταν ένας επαγγελματίας όπως ο Δρ. Reddy βρίσκεται σε κατάσταση πίεσης χρόνου, υπάρχει ο πειρασμός να αντικατασταθούν τμήματα της κλινικής συνέντευξης με τα δεδομένα που συλλέγονται από το εργαλείο αξιολόγησης. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς μπορεί να μην

εκφράζονται πλήρως, να μην κατανοούν τις ερωτήσεις που τίθενται στα εργαλεία αξιολόγησης ή (για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της μεροληψίας απόκρισης λόγω της επιθυμητής κοινωνικής αποδοχής) να μην συμπληρώνουν πλήρως το εργαλείο αξιολόγησης. Το αποτέλεσμα μπορεί να αποτελεί μια ανεπαρκή ή ακατάλληλη αξιολόγηση της διάγνωσης του ασθενή και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν τον ασθενή, και, κατ'επέκταση, η θεραπεία του θα είναι ανεπαρκής ή ακατάλληλη, ακόμα και επιζήμια.

Πράγματι, υπάρχει αυξανόμενη εξάρτηση από τη λήψη ψυχιατρικής διάγνωσης μέσω ερωτηματολογίου. Παρόλο που τέτοιες λίστες ελέγχου έχουν πολλά πλεονεκτήματα, ιδίως όσον αφορά τη βελτίωση της αξιοπιστίας και της αποτελεσματικότητας, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως συμπλήρωμα, όχι ως το κύριο μέσο για τη λήψη μιας διάγνωσης. Όταν οι λίστες ελέγχου συμπτωμάτων χρησιμοποιούνται ως το πρωταρχικό μέσο για την ανάπτυξη μιας διάγνωσης, όχι μόνο παρεμβαίνουν στη σημαντική πρακτική της οικοδόμησης σχέσεων, αλλά συσκοτίζουν επίσης την ατομική μεταβλητότητα του πόνου των ασθενών, υπονομεύοντας την εκτίμηση για το πλαίσιο στο οποίο εμφανίζονται τα συμπτώματα.

Η διάγνωση μέσω λίστας ελέγχου προωθείται από το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM)* της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA). Αυτό το εγχειρίδιο κατασκευάστηκε για την αξιοπιστία μεταξύ των αξιολογητών, ωστόσο, κάτω από την πίεση του χρόνου αυτό που συχνά μένει στη μνήμη είναι τα bullet points του. Έτσι, ενώ το εγχειρίδιο επιτρέπει την αξιοπιστία, επιτρέπει επίσης τη «διάγνωση μέσω λίστας ελέγχου» σε βάρος της εγκυρότητας και της διάγνωσης μέσω αφήγησης. Η δομή της λίστας ελέγχου DSM του APA διευκολύνει τις πιο κοινές και κερδοφόρες ποικιλίες φαρμακευτικής έρευνας, όμως, μπορεί να περιορίσει άλλες μορφές έρευνας που εξαρτώνται από αφηγήσεις για την ανακάλυψη πολλά υποσχόμενων βιοψυχοκοινωνικών προσεγγίσεων στη θεραπεία. Η προσέγγιση της λίστας ελέγχου περιορίζει επίσης την κλινική ευκαιρία για διαμόρφωση εξατομικευμένων, εξαρτώμενων από την αφήγηση του ασθενή, διαγνωστικών σχηματισμών που μπορούν

να έχουν κλινική αξία για την οικοδόμηση μιας θεραπευτικής συμμαχίας. Υπάρχει ελάχιστος χώρος στη συμπλήρωση μιας λίστας ελέγχου για έναν αυθεντικό θεραπευτικό διάλογο και, επιπλέον, όσο και αν εξοικονομούν χρόνο, οι λίστες ελέγχου τείνουν να επιτρέπουν μια pro forma προσέγγιση όχι μόνο στη διαγνωστική αλλά και στη θεραπευτική διαδικασία, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των πτυχών της διαδικασίας μέσω των οποίων οι ασθενείς μπορούν να εμπλακούν σε έναν ουσιαστικό διάλογο ενημερωμένης συναίνεσης. Τέλος, για να παραθέσω την απάντηση του Άμλετ στον Οράτιο, «Υπάρχουν περισσότερα πράγματα σε ουρανό και γη, από όσα έχει ονειρευτεί η φιλοσοφία σου». Το γεγονός ότι η ταλαιπωρία ενός ασθενούς δεν ταιριάζει σε μια κατηγορία DSM δεν σβήνει την πραγματικότητα του πόνου.

Ερώτηση: Κινδυνεύει ο Δρ. Reddy να μπνυθεί για επαγγελματική αμέλεια;

- **ΝΑΙ.** Σύμφωνα με την επικρατούσα νομοθεσία περί αθέμιτων πρακτικών, υπάρχουν πολλοί νομικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, πρέπει να υπάρχει ένα καθήκον προς τον ασθενή, άρα ο Δρ. Reddy είχε καθήκον να περιθάλψει τον ασθενή. Έπειτα, πρέπει να υπάρχει η παράλειψη καθήκοντος και, σε αυτήν την περίπτωση, η παράλειψη καθήκοντος είναι η αποτυχία του Δρ. Reddy να κάνει μια σωστή εκτίμηση κινδύνου αυτοκτονίας. Η παράλειψη καθήκοντος πρέπει, λοιπόν, να είναι η άμεση αιτία ζημιών. Είναι αμφισβητήσιμο αν η αποτυχία του Δρ. Reddy να κάνει μια εκτίμηση κινδύνου αυτοκτονίας, ή να σχηματίσει μια αποτελεσματική θεραπευτική συμμαχία με τον ασθενή — δηλαδή, η παράλειψη καθήκοντος — οδήγησε άμεσα στην αυτοκτονία του ασθενή. Τα αποδεικτικά στοιχεία που συγκεντρώθηκαν τόσο από τον ενάγοντα όσο και από την υπεράσπιση θα χρησιμοποιηθούν είτε σε διαδικασίες συμβιβασμού είτε σε δίκη.
- **ΟΧΙ.** Ο Δρ. Reddy μπορεί να ασκεί την ιατρική σύμφωνα με το επικρατούν πρότυπο περίθαλψης. Βλέπει τους ασθενείς

του, καταγράφει σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα της περίθαλψης και χρησιμοποιεί τυποποιημένες ερωτήσεις για να παρέχει φροντίδα στους ασθενείς του. Αν μια υπόθεση αμέλειας πάει σε δίκη, μια κριτική επιτροπή θα πρέπει να αποφασιστεί εκεί αν ο Δρ. Reddy εντάσσεται στο πρότυπο περίθαλψης και αν αυτό οδήγησε στο θάνατο του ασθενούς. Ακόμα κι αν κριθεί υπεύθυνος για αθέμιτη πρακτική, αυτό δεν καθιστά τη φροντίδα του ανήθικη.

Συζήτηση

Η αθέμιτη πρακτική είναι ένα πρόβλημα που προκαλεί άγχος σε όλους τους ασκούμενους, ενώ ορισμένοι ιατροί αναμένουν ότι θα εμπλακούν σε δικαστικές διαφορές για αμέλεια μία ή περισσότερες φορές κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους. Ακόμα κι αν οι επαγγελματίες δεν συνέβαλαν με κάποιον τρόπο στην αρνητική έκβαση του ασθενή, εντούτοις μπορεί να αναγκαστούν από την ασφαλιστική τους εταιρεία αθέμιτων πρακτικών να καταλήξουν σε συμφωνία για οικονομικούς λόγους. Σε περίπτωση αρνητικής ετυμολογίας ή ακόμη και διακανονισμού, το όνομα του ασκούμενου περνάει στην Εθνική Τράπεζα Δεδομένων Ιατρών. Οι επαγγελματίες που δεν ακολουθούν τις συμβουλές της ασφαλιστικής εταιρείας αθέμιτων πρακτικών ενδέχεται να υποχρεωθούν να επωμιστούν το κόστος της δίκης και τις ζημίες που υφίστανται, αν οι ενόρκιοι αποφασίσουν εναντίον τους. Με τα χρόνια, τα ποσοστά ασφάλισης λόγω κακής πρακτικής έχουν αυξηθεί και αυτό ανάγκασε πολλούς επαγγελματίες να εγκαταλείψουν την άσκηση σε ιδιωτικό ιατρείο. Ως εκ τούτου, ορισμένες πολιτείες έχουν αντιμετωπίσει έλλειψη επαγγελματιών σε κάποιες υπο-ειδικότητες όπως η μαιευτική και η γυναικολογία. Το Τέξας, το οποίο κατέχει την πρώτη θέση στις περιπτώσεις αθέμιτων πρακτικών, έχει δει μια εισροή επαγγελματιών που θέλουν να λάβουν ιατρικές άδειες σε αυτήν την πολιτεία. Φυσικά, μια τέτοια εισροή μπορεί επίσης να προσελκύσει ορισμένους κλινικούς γιατρούς των οποίων η πρακτική είναι σχετικά χαμηλού επιπέδου και υψηλού κινδύνου.

Δεδομένου αυτού του κλίματος αθέμιτης πρακτικής, της ανάγκης των ιδρυμάτων να καλύψουν τους προϋπολογισμούς τους, των χαμηλών ασφαλιστικών αποζημιώσεων και της επιθυμίας του επαγγελματία να κερδίσει χρήματα, οι επαγγελματίες αναγκάζονται να κάνουν δύσκολες επιλογές. Μια επιλογή που μπορεί να κάνουν είναι να γίνουν μέρος ενός μεγάλου ιδρύματος με τμήμα διαχείρισης κινδύνου που θα απαιτήσει ορισμένα πρότυπα τεκμηρίωσης για την πρακτική άσκηση στο ίδρυμα. Αυτά τα πρότυπα τεκμηρίωσης μπορούν να ενσωματωθούν ως μέρος της σύμβασης του επαγγελματία. Οι γιατροί που υπογράφουν συμβόλαια παραγωγικότητας μπορούν στη συνέχεια να κάνουν διπλοκράτηση ασθενών για να κερδίσουν περισσότερα χρήματα, να μετριάσουν τους κινδύνους αθέμιτης πρακτικής χρησιμοποιώντας πρότυπα τεκμηρίωσης και να αναζητήσουν τρόπους παροχής ποιοτικής φροντίδας σε όσο το δυνατόν λιγότερο χρόνο.

Σε αυτό το σύστημα, υπάρχουν σημαντικοί κίνδυνοι για κακή πρακτική. Για παράδειγμα, οι δικηγόροι του ενάγοντα μπορεί να ρωτήσουν γιατί ο γιατρός δεν μπορούσε να αφιερώσει 5 λεπτά ακόμη στον ασθενή για να λάβει πρόσθετες πληροφορίες ή να κάνει περαιτέρω εκτίμηση κινδύνου. Ο δικηγόρος μπορεί επίσης να ρωτήσει τον ιατρό γιατί δεν είδε τον ασθενή εντός μιας εβδομάδας αντί για δύο εβδομάδες, στην περίπτωση που υπήρχε λόγος ανησυχίας. Είναι εύκολο για έναν επαγγελματία να αντιμετωπίζεται ως κάποιος που ενδιαφέρεται για τα κέρδη και όχι για τη φροντίδα του ασθενή, ενώ στην πραγματικότητα, μπορεί να υπάρχουν πολλοί παράγοντες εκτός του ελέγχου του επαγγελματία που έχουν οδηγήσει στις τρέχουσες συνθήκες στις οποίες παρέχεται η φροντίδα.

Περίπτωση:

Η Δρ Gonzalez είναι ψυχίατρος και εργάζεται σε μια μικρή κοινότητα σε μια πολιτεία του Βορρά. Είναι μία από τις δύο ψυχιάτρους της πόλης που μιλούν ισπανικά και, επιπλέον, ως η μόνη ειδικευμένη ιατροδικαστής στην πόλη, κάνει αξιολογήσεις τραυματισμών

ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τη βιομηχανία. Μια μέρα, η Sarah, μια μετανάστρις από το Μεξικό, την οποία η Δρ. Gonzalez κούραρε, ισχυρίστηκε ότι είχε παρενοχληθεί σεξουαλικά στο χώρο εργασίας. Η Sarah είπε ότι έγινε καταθληπτική και, στη συνέχεια, υπέβαλε αίτηση για αποζημίωση εργαζομένων. Ζητήθηκε από την Δρ. Gonzalez να κάνει την αξιολόγηση γιατί, παρόλο που η Sarah μιλάει αγγλικά, μιλάει πιο άπταιστα τα ισπανικά, τη μητρική της γλώσσα.

Η Δρ. Gonzalez συμφώνησε να κάνει την αξιολόγηση. Δύο εβδομάδες αργότερα (πριν από την αξιολόγηση), η Δρ Gonzalez έλαβε περισσότερα ιατρικά αρχεία και παράπλευρες πληροφορίες. Η Δρ Gonzalez συναντήθηκε, στη συνέχεια, με τη Sarah και της είπε ότι, παρόλο που υπήρχε σχέση θεραπείας, οι πληροφορίες που ελήφθησαν για τους σκοπούς της αξιολόγησης δεν ήταν εμπιστευτικές και ότι κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης η Δρ. Gonzalez δεν θα ενεργούσε ως γιατρός της. Η Sarah συμφώνησε να προχωρήσει. Μετά την ολοκλήρωση της εξέτασής της, η Δρ Gonzalez υπέβαλε μια αναφορά που κατέληγε στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη της Sarah δεν σχετιζόταν με γεγονότα στον χώρο εργασίας αλλά με προϋπάρχοντες παράγοντες που αφορούν τον δυσλειτουργικό γάμο της και τον αλκοολικό σύζυγό της.

Όταν η Sarah έμαθε για την άρνηση της αίτησής της αποζημίωσης των εργαζομένων με βάση την αναφορά της Δρ. Gonzalez, έγινε έξαλλη και διέκοψε τη σχέση της με τη γιατρό, νιώθοντας προδομένη και κατηγορώντας την Δρ Gonzalez ότι χρησιμοποίησε πληροφορίες που ήταν εμπιστευτικές στη θεραπευτική τους σχέση σε μια μη εμπιστευτική αναφορά.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Η Δρ. Gonzalez ενεργεί τόσο ως ιατροδικαστής αξιολογητής, όσο και ως θεράπων ψυχίατρος της Sarah. Ο ρόλος ενός ιατροδικαστικού αξιολογητή είναι να είναι «αντικειμενικός» και να χρησιμοποιεί το βάρος των αποδεικτικών στοιχείων για τη

διατύπωση γνώμης. Ο ρόλος του θεράποντος ψυχιάτρου περιλαμβάνει πολλά «υποκειμενικά» στοιχεία και περιλαμβάνει το να είναι συνήγορος του ασθενούς. Οι θεράποντες ψυχίατροι βρίσκονται σε μια θεραπευτική σχέση που περιλαμβάνει την οικοδόμηση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, επομένως, σε αυτή τη σχέση, ο ασθενής μπορεί να αποκαλύψει πληροφορίες στον ψυχίατρο που δεν θα αποκάλυπτε διαφορετικά. Οι ιατροδικαστές, από την άλλη πλευρά, δεν βρίσκονται σε θεραπευτική σχέση με τον ασθενή και οι πληροφορίες που διαπιστώνονται από τον ψυχίατρο σε μια ιατροδικαστική αξιολόγηση μπορούν να ενσωματωθούν σε μια έκθεση που θα παρουσιαστεί σε ένα μέρος που αμφισβητεί τους ισχυρισμούς του ασθενούς.

- ΟΧΙ. Σε πολιτείες όπως η Καλιφόρνια, ο κύριος θεράπων ιατρός καλείται να είναι αξιολογητής στα αιτήματα αποζημίωσης των εργαζομένων. Η λογική πίσω από αυτό είναι ότι ο κύριος θεράπων ιατρός γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή και θα είναι στην καλύτερη θέση για να κάνει μια αξιολόγηση αναπηρίας.
- Ερώτηση: Μπορεί η σύγκρουση ρόλων να είναι επιζήμια για τον ασθενή;
- ΝΑΙ. Προτού γίνει η Δρ. Gonzalez ιατροδικαστική αξιολογήτρια, ήταν η θεράπουσα ψυχίατρος του ασθενούς. Τόσο η ασθενής, όσο και η Δρ. Gonzalez σχημάτισαν μια σχέση βασισμένη στην κατανόηση ότι οι πληροφορίες που παρέχονται από τον ασθενή θα ήταν εμπιστευτικές εντός ορισμένων παραμέτρων. Μόλις η Δρ. Gonzalez έγινε η ιατροδικαστική αξιολογήτρια της ασθενούς, η Δρ. Gonzalez δεν εργαζόταν πλέον στο πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενούς αλλά ως «ουδέτερη» αξιολογήτρια με καθήκον να αγωνίζεται για την αντικειμενικότητα. Είναι πιθανό ότι οι πληροφορίες που η ασθενής πίστευε ότι ήταν εμπιστευτικές θα τοποθετούνταν στην αναφορά της Δρ. Gonzalez. Ανεξάρτητα από την απόφαση που έλαβε η υπηρεσία που ζητά την ιατροδικαστική αξιολόγηση, θα υπάρξει αρνητικός αντίκτυπος στη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή.
- ΟΧΙ. Με άλλα λόγια, η Δρ. Gonzalez είναι η ψυχίατρος της Sarah πριν από την αξιολόγηση της αίτησης για αποζημίωση

των εργαζομένων και μπορεί να είναι στην καλύτερη θέση να αξιολογήσει τη Sarah. Η Δρ. Gonzalez έχει ένα πλεονέκτημα έναντι της ιατροδικαστικής αξιολογήτριας, καθώς έχει δει τη Sarah σε πολλές περιπτώσεις και σε διαφορετικές καταστάσεις και επομένως θα είναι σε θέση να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τον ισχυρισμό της Sarah για ψυχολογικό τραυματισμό στο χώρο εργασίας. Επιπλέον, η Sarah είχε συναίνεση στη δημοσιοποίηση των πληροφοριών.

Συζήτηση:

Αυτή η υπόθεση εγείρει το ζήτημα των διττών ρόλων του παρόχου θεραπείας και του ιατροδικαστή αξιολογητή. Σε αυτήν την περίπτωση, η Δρ. Gonzalez είναι η θεράπων ψυχίατρος και, ταυτόχρονα, η ιατροδικαστική αξιολογήτρια του ασθενούς. Οι γιατροί σε πολιτείες όπως η Καλιφόρνια μπορεί να κληθούν να αναλάβουν αυτούς τους δύο ρόλους επειδή κάτι τέτοιο εξοικονομεί χρήματα για το σύστημα αποζημίωσης των εργαζομένων. Ένα επιχείρημα είναι ότι ο πάροχος της θεραπείας είναι στην καλύτερη θέση να είναι ο ιατρικός αξιολογητής του ασθενούς, επειδή έχει σχέση με τον ασθενή και γνωρίζει καλά τον ασθενή.

Ωστόσο, σε κάθε σύστημα που απαιτεί από τον πάροχο θεραπείας να είναι ιατρονομικός αξιολογητής, υπάρχουν πιθανές συγκρούσεις ρόλων· ο πάροχος θεραπείας θα θέλει να συνηγορήσει υπέρ του ασθενή του. Σε ένα σύστημα ανταγωνιστικό, αυτή η υπεράσπιση εκφέρει μια πιθανή προκατάληψη κατά του αντιπάλου μέρους. Επιπλέον, αν ο ασθενής δεν έχει ευνοϊκό αποτέλεσμα, μπορεί να κατηγορηθεί για αυτό ο θεράπων πάροχος, γεγονός που μπορεί να διαλύσει τη θεραπευτική σχέση. Τουλάχιστον, οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα οφέλη, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις αντί του θεράποντος κλινικού γιατρού που ενεργεί ως ιατροδικαστής και η συγκατάθεσή τους θα πρέπει να λαμβάνεται πριν από τη δημοσίευση εμπιστευτικών κατά τα άλλα πληροφοριών σε μη επείγοντα περιβάλλοντα.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες υπάρχει μια συνεχής συζήτηση ως

προς τον βαθμό στον οποίο μπορούν να συλλεχθούν ακόμη και μη αναγνωρισμένες, αλλά δυνητικά αναγνωρίσιμες, πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου. Η τρέχουσα έκδοση του ισχύοντος ομοσπονδιακού κανονισμού, ο Νόμος περί Φορητότητας και Υπευθυνότητας Ασφάλισης Υγείας (HIPAA), έρχεται σε σύγκρουση με τους πιο αυστηρούς κρατικούς νόμους περί απορρήτου. Όταν πρόκειται για ευαίσθητες πληροφορίες που κυμαίνονται από ψυχιατρικές έως γενετικές, η απώλεια της ιδιωτικής ζωής μπορεί να υπονομεύσει τη θεραπευτική συμμεχία, την επικοινωνία γιατρού-ασθενή και την αξιοπιστία του κλινικού ιστορικού.

Περίπτωση:

Ο Δρ. James εργάζεται για μια εταιρεία διαχείρισης φροντίδας ως ιατρικός αναλυτής. Ο ρόλος του με την εταιρεία είναι να επανεξετάζει προσφυγές για άρνηση προβεβαιώσεων κάλυψης νοσηλίων εσωτερικών ασθενών. Μεταξύ των ιατρικών αναθεωρητών, υπάρχει μια δομή λήψης μόνους έτσι ώστε το «κορυφαίο 10%» των αναλυτών που αρνήθηκαν τις προσφυγές να λάβει ένα μόνους 30% πάνω από τον βασικό μισθό τους. Τα τελευταία πέντε χρόνια, ο Δρ James έλαβε το μόνους τέσσερις φορές. Ο Δρ. James εξέτασε τους απορριφθέντες ισχυρισμούς για τους οποίους ασκήθηκε έφεση και, ως επί το πλείστον, «σφράγισε» τις αρνήσεις, συνειδητοποιώντας ότι δεν ασκούσε ιατρική με το να αρνείται τους ισχυρισμούς, επειδή οι γιατροί που εργάζονταν στο νοσοκομείο είχαν την τελική ευθύνη να κρατήσουν τον ασθενή στο νοσοκομείο, αν κάτι τέτοιο ήταν ιατρικά απαραίτητο. Επιπλέον, οι εσωτερικοί γιατροί μπορούσαν να κάνουν έφεση κατά της απόφασης στον επικεφαλής ιατρό της ασφαλιστικής εταιρείας, και αυτό έκανε τον Δρ. James να αισθάνεται άνετα ότι εάν έπαιρνε μια εσφαλμένη απόφαση να αρνηθεί την κάλυψη, θα διορθωνόταν.

Σε μια περίπτωση, ο Δρ James αρνήθηκε μια προπιστοποίηση για νοσηλεία, αλλά το νοσοκομείο αποφάσισε να κάνει δεκτό τον ασθενή και να απορροφήσει το κόστος. Ο ασθενής πήγε καλά

και τελικά πήρε εξιτήριο. Οι γιατροί που περιέθαλψαν τον ασθενή στο νοσοκομείο θεώρησαν ότι η νοσηλεία έσωσε τη ζωή του ασθενούς. Αργότερα, το νοσοκομείο υπέβαλε άλλη μια προσφυγή στην εταιρεία διαχειριζόμενης φροντίδας και οι γιατροί επιθεώρησης χρήσης παρατήρησαν ότι οι γιατροί που απασχολούνταν από τον οργανισμό διαχειριζόμενης φροντίδας ήταν «διαβόητοι» για την άρνηση αξιώσεων. Κατηγόρησαν τους γιατρούς που εργάζονταν στη διαχειριζόμενη εταιρεία φροντίδας ότι ήταν «άκαρδοι» και «απάνθρωποι». Αργότερα το ίδιο έτος, το νοσοκομείο τερμάτισε τη σύμβασή του με τη διαχειριζόμενη εταιρεία φροντίδας.

Ο Δρ. James συνέχισε να τα πάει καλά στην εταιρεία διαχείρισης φροντίδας και τον επόμενο χρόνο προσφέρθηκε η θέση του επικεφαλής γιατρού. Απόλαυσε την επιτυχία του, αλλά ανησυχούσε μήπως συναντήσει συναδέλφους στην τοπική ψυχιατρική εταιρεία που αγανακτούσαν με το ιστορικό της εταιρείας του επειδή αρνούνταν τους ισχυρισμούς. Αντιμέτωπος αυτό το πρόβλημα ενθαρρύνοντας την εταιρεία διαχειριζόμενης φροντίδας να συνεισφέρει στα συνεχιζόμενα προγράμματα διαχείρισης κινδύνου της ψυχιατρικής εταιρείας. Δραστηριοποιήθηκε στην κοινωνία και τελικά διορίστηκε πρόεδρος της επιτροπής δεοντολογίας της από μέλη του εκτελεστικού συμβουλίου της, δίνοντας πάντοτε ιδιαίτερη προσοχή στις εφέσεις που έχουν ασκηθεί στις αποφάσεις θεραπείας.

Ερώτηση: Υπάρχουν συγκρούσεις συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ. James εργάζεται τόσο ως ιατρός όσο και ως ιατροδικαστής σε μια ασφαλιστική εταιρεία. Ο ρόλος του ως γιατρού είναι να προωθεί τη φροντίδα των ασθενών, ενώ ο ρόλος του στην ασφαλιστική εταιρεία είναι να εξοικονομεί χρήματα της ασφαλιστικής εταιρείας επιτρέποντας την προεπικύρωση των απαιτήσεων με βάση τα κριτήρια της ασφαλιστικής εταιρείας και την προσωπική του κρίση. Η σύγκρουση γίνεται πιο εμφανής όταν υπάρχει ένα μόνου που συνδέεται με την άρνηση αξιώ-

σεων. Παρόλο που ο Δρ. James μπορεί να θέλει να προωθήσει τη φροντίδα των ασθενών καθώς και να βοηθήσει την εταιρεία του να αποκομίσει κέρδη, το πρόσθετο κίνητρο μπορεί να οδηγήσει στην άρνηση των νόμιμων αξιώσεων. Επιπλέον, το γεγονός ότι ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να ασκήσει έφεση κατά της άρνησης αξίωσης διευκολύνει τον Δρ. James να αρνηθεί συζητήσιμους ισχυρισμούς, ενώ δυσκολεύει τον ασθενή να λάβει περίθαλψη.

- **ΝΑΙ.** Δεν είναι τόσο προφανής η πιθανή σύγκρουση μεταξύ της ευθύνης του νοσοκομείου να παρέχει φροντίδα και της ανάγκης του να έχει κέρδη. Οι διαχειριστές των νοσοκομείων κατανοούν ότι ένα ορισμένο ποσοστό περίθαλψης θα ακυρωθεί από τις ασφαλιστικές εταιρείες και ένα μέρος των πόρων τους θα αφιερωθεί στην άσκηση έφεσης για αρνήσεις αξιώσεων. Τα νοσοκομεία θα έχουν επίσης κίνητρο για να δώσουν εξιτήριο νωρίτερα στους ασθενείς, προκειμένου να αποφύγουν τις αρνήσεις αξιώσεων ή για να κερδίσουν περισσότερα χρήματα στο πλαίσιο ενός συστήματος κεφαλαιοποίησης. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος οι ασθενείς να πάρουν εξιτήριο νωρίτερα, και ειδικά όταν οι αξιολογήσεις απόδοσης των γιατρών μπορούν να συνδεθούν με το πόσο γρήγορα αποχωρούν ασθενείς σε σχέση με τους συνομηλικούς τους.
- **ΟΧΙ.** Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να ισχυριστούν ότι δεν ασκούν την ιατρική, αλλά απλώς χορηγούν παροχές όταν εγκρίνουν ή αρνούνται αξιώσεις και ότι χρησιμοποιούν την ιατρική τους πείρα για την έγκριση και την άρνηση παροχών. Με αυτό το σκεπτικό, δεν υπάρχει σχέση παρόχου-ασθενούς.

Συζήτηση:

Το Κογκρέσο των ΗΠΑ δημιούργησε τον Ασφαλιστικός Νόμος για το Ποσό Σύνταξης Εργαζομένου (ERISA), προκειμένου να υπάρχει ομοιομορφία σε ολόκληρη τη χώρα στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν οι συντάξεις των εργαζομένων, αλλά η ακούσια συνέπεια ήταν ότι τα επιδόματα υγειονομικής περίθαλ-

ψης υπάγονταν στον ERISA. Οι ενάγοντες των οποίων οι αιτήσεις εμπίπτουν στον ERISA, και οι οποίοι μνηύουν την ασφαλιστική τους εταιρεία, μπορούν να αποζημιωθούν μόνο για την αξία της παροχής που τους αρνήθηκαν. Δεν υπάρχει θεραπεία για τον πόνο, την ταλαιπωρία, ή τις κυρωτικές αποζημιώσεις. Ως εκ τούτου, οι ασφαλιστικές εταιρείες θα προσπαθήσουν να παραπέμψουν τις υποθέσεις των εναγόντων στα ομοσπονδιακά δικαστήρια επειδή τα ένδικα μέσα της ERISA ευνοούν την ασφαλιστική εταιρεία. Οι επαγγελματικές ιατρικές οργανώσεις δεν έχουν τοποθετηθεί ως προς το αν οι γιατροί, που είναι και ιατροδικαστές, έχουν σχέση γιατρού-ασθενούς με εκείνους των οποίων τους ισχυρισμούς εξετάζουν.

Η τελική ευθύνη για τη φροντίδα των ασθενών ανήκει στον θεράποντα γιατρό. Αν ένας γιατρός πιστεύει ότι είναι απαραίτητο για έναν ασθενή να παραμείνει στο νοσοκομείο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, τότε θα πρέπει να κρατήσει τον ασθενή στο νοσοκομείο ανεξάρτητα από το καθεστώς πληρωμής. Οι γιατροί που δίνουν νωρίτερα εξιτήριο σε έναν ασθενή κινδυνεύουν να συμβεί στον τελευταίο κάτι ανεπιθύμητο, καθώς και να λάβουν οι ίδιοι μια επακόλουθη αξίωση αθέμιτης πρακτικής. Οι ασθενείς μπορούν να χρεωθούν για όσα δεν πλήρωσαν οι ασφαλιστικές τους εταιρείες και μπορούν να μνηύσουν την ασφαλιστική τους εταιρεία για την αξία του οφέλους που απορρίφθηκε για αξιώσεις που εμπίπτουν στον ERISA.

Περίπτωση:

Ο Δρ. Harper είναι ένας από εκείνους τους γιατρούς που χαιρούν σεβασμού στην Αμερική, για την έρευνά του σε διάφορες διαταραχές του εγκεφάλου, και πρόεδρος μιας από τις πιο διάσημες σχολές ιατρικής και ψυχιατρικής νοσηλείας. Είναι επίσης ομιλητής σε δείπνα και σε διάφορα συμπόσια τα οποία χορηγεί η Zombor,³⁹ μια εθνική φαρμακευτική εταιρεία. Πέρυσι, το τμήμα του Δρ. Harper κέρδισε 150.000 δολάρια από δουλειά για χάρη της εταιρείας Zombor. Ο ίδιος δεν έλαβε άμεσα χρήματα, αλλά τα

³⁹ Αυτό το φάρμακο δεν είναι πραγματικό.

κεφάλαια πήγαν σε ένα συγκεντρωτικό ταμείο μισθών στο νοσοκομείο.

Ο Δρ. Harper υπερηφανεύεται ότι είναι «αντικειμενικός» στην έρευνά του. Τα ευρήματα της έρευνάς του υποστήριξαν τη συνταγογράφηση ενός από τα νεότερα φάρμακα του Zombor. Κάθε φορά που βλέπει ασθενείς, συζητά πρώτα για τα φάρμακα του Zombor και μετά για εναλλακτικές από άλλες φαρμακευτικές εταιρείες. Όταν μιλάει για τη φαρμακευτική αγωγή του Zombor με ασθενείς, ο Δρ. Harper μιλάει κυρίως για τα οφέλη και τους κινδύνους που συνδέονται με τη φαρμακευτική αγωγή του Zombor. Συζητά άλλες εναλλακτικές, αλλά δεν αφιερώνει τόσο χρόνο μιλώντας για αυτές. Ο Δρ Harper γνωρίζει ότι η φαρμακευτική εταιρεία κρατάει αρχείο για το μοτίβο συνταγογράφησης του. Δύο φορές το μήνα, ένας φαρμακευτικός εκπρόσωπος της Zombor επισκέπτεται τον Δρ. Harper για να μιλήσει για νέες δεσμεύσεις ομιλίας.

Πριν από τρεις μήνες, μια από τις μετα-αναλύσεις του Δρ. Harper διαπίστωσε ότι η φαρμακευτική αγωγή του Zombor συσχετίστηκε με αυξημένα καρδιακά επεισόδια.

Ο Δρ Harper συζήτησε αυτή την παρενέργεια με τη φαρμακευτική εταιρεία και οι εκπρόσωποι εκείνης ζήτησαν από τον γιατρό να ελαχιστοποιήσει τη σημασία του συγκεκριμένου ευρήματος στις επικοινωνίες του με το κοινό. Ο Δρ Harper συμφώνησε να μην τονίσει το νέο του εύρημα στη μελέτη που έφερε το όνομά του και στα δελτία τύπου που συνόδευαν τη μελέτη, τα οποία ήταν γραμμένα στην αλληλογραφία του νοσοκομείου και της ιατρικής σχολής του.

Ωστόσο, αφού τρεις ασθενείς κατέθεσαν μήνυση κατά της φαρμακευτικής εταιρείας, η τιμή της μετοχής της Zombor υποχώρησε κατά 8%. Ο Δρ. Harper ρωτήθηκε γιατί δεν ήταν πιο ειλικρινής σχετικά με το πιθανό ποσοστό παρενεργειών. Στα μέσα ενημέρωσης, ο Δρ. Harper προσποιήθηκε ότι έδωσε στο κοινό επαρκείς προειδοποιήσεις μόλις κυκλοφόρησε η μετα-ανάλυσή του, ωστόσο, όσοι συνεργάστηκαν με τον Δρ. Harper ένωσαν ότι δεν πάσχιζε αρκετά για να προειδοποιήσει το κοινό όσο πιο νωρίς μπορούσε για τη σχέση μεταξύ της χρήσης του φαρμάκου και των καρδιακών προσβολών.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ. Harper είναι ερευνητής, πρόεδρος ψυχιατρικού τμήματος του νοσοκομείου και της ιατρικής σχολής, κλινικός γιατρός και συνεργάζεται με μια φαρμακευτική εταιρεία. Αυτό από μόνο του μπορεί να μην είναι αμφιλεγόμενο σήμερα, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό της φαρμακευτικής έρευνας χρηματοδοτείται πλέον από φαρμακευτικές εταιρείες. Ωστόσο, ορισμένοι μπορεί να υποστηρίξουν ότι η σχέση του Δρ. Harper με τη φαρμακευτική εταιρεία επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνάς του και την κλινική του φροντίδα. Πράγματι, υπάρχουν δεδομένα που καταδεικνύουν ότι η έρευνα που υποστηρίζεται από τη βιομηχανία τείνει να εξάγει συμπεράσματα υπέρ της τελευταίας. Για παράδειγμα, ερευνητές που συνέκριναν μη κερδοσκοπικές και χρηματοδοτούμενες από τη βιομηχανία κλινικές δοκιμές (π.χ. αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα) έχουν δείξει μια ανησυχητική σύνδεση μεταξύ της χορηγίας και των θετικών αποτελεσμάτων. Ένα δεύτερο πρόβλημα είναι ότι ο Δρ Harper χρησιμοποιεί το λογότυπο και το επιστολόχαρτο του νοσοκομείου και της ιατρικής σχολής για να στέλνει δελτία ειδήσεων σχετικά με την έρευνα που χρηματοδοτείται από τη φαρμακευτική εταιρεία. Οι επικριτές της εταιρείας, οι κλινικοί γιατροί που δεν αντλούν τους μισθούς τους από ένα συγκεντρωτικό ταμείο μισθών στο οποίο συνεισφέρει η φαρμακευτική εταιρεία, αλλά που βρίσκονται σε ιδιωτικό ιατρείο και δωρίζουν τον χρόνο τους στο τμήμα, δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούν το επιστολόχαρτο του τμήματος που φέρει το νοσοκομείο και το ιατρικό το λογότυπο του σχολείου για την πρόωθηση του δημόσιου έργου τους.
- **ΟΧΙ.** Ο Δρ Harper συνεργάζεται με μια φαρμακευτική εταιρεία της οποίας η αποστολή είναι να βοηθήσει στην ανάπτυξη φαρμάκων για τη θεραπεία δυνητικά θανατηφόρων ασθενειών και ασθενειών που εντείνουν την αναπηρία. Προς το σκοπό αυτό, η εταιρεία πρέπει να βγάλει χρήματα για να προχωρήσει σε νέες

ρισοκίνδυνες δραστηριότητες. Η επιτυχία των φαρμακευτικών εταιρειών στην ανάπτυξη φαρμάκων έχει σώσει αμέτρητες ζωές και έχει αποτελέσει σημαντικό συστατικό της οικονομίας. Η φιλανθρωπία των φαρμακευτικών εταιρειών επέτρεψε σε ασθενείς με χαμηλό εισόδημα να έχουν πρόσβαση σε φάρμακα και περίθαλψη και επέτρεψε την παροχή φαρμάκων με χαμηλό κόστος σε άτομα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Ερώτηση: Υπάρχει κάτι ανήθικο στη συμπεριφορά του Δρ. Harper;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ. Harper δημοσίευσε τη μετα-ανάλυση που συζητούσε τη νέα παρενέργεια, ωστόσο, συμφώνησε ουσιαστικά να «μειώσει» τη σημασία των αποτελεσμάτων αυτής της μετα-ανάλυσης. Η φαρμακευτική εταιρεία γνώριζε ότι η πώληση των φαρμάκων του Zombor θα μειωνόταν δραματικά και η εταιρεία θα γινόταν αντικείμενο περισσότερου ελέγχου αν οι πληροφορίες αποτελούσαν το κύριο θέμα συζήτησης στη δημόσια σφαίρα. Από την άλλη πλευρά, ο Δρ. Harper γνώριζε ή έπρεπε να γνωρίζει ότι η απόκρυψη πληροφοριών θα μπορούσε να έχει δυνητικά θανατηφόρες συνέπειες για πολλούς ασθενείς. Ο ρόλος του Δρ Harper ως γιατρού και ερευνητή έρχεται σε αντίθεση με τον ρόλο του ως υπάλληλος της φαρμακευτικής εταιρείας. Ο Δρ Harper έγραψε δελτία τύπου και αλληλογραφία με τη φαρμακευτική εταιρεία χρησιμοποιώντας το λογότυπο και το επιστολόχαρτο του νοσοκομείου και της ιατρικής σχολής, ενώ οι επικριτές του αποκλείονται από αυτήν την πρακτική, εκτός και αν τα κέρδη τους εξομοιωθούν σε μια δεξαμενή μισθών στην οποία συνεισφέρει η φαρμακευτική εταιρεία.

Συζήτηση:

Υπήρξε μεγάλη αντιπαράθεση τα τελευταία χρόνια σχετικά με την επιρροή των φαρμακευτικών εταιρειών στην έρευνα και τους ρόλους που διαδραματίζουν οι γιατροί σε αυτή τη σχέση. Ένα επιχείρημα ήταν ότι η έρευνα που χρηματοδοτείται από φαρμακευτικές

εταιρείες είναι προκατειλημμένη υπέρ των φαρμάκων τους. Επίσης, υπάρχουν μελέτες που έχουν δείξει ότι η χορηγία φαρμακευτικής εταιρείας σχετίζεται με ασυνεπή και επιλεκτική αναφορά ανεπιθύμητων ενεργειών και άλλων δυσμενών αποτελεσμάτων, καθώς και με παραπλανητικό σχεδιασμό έρευνας.

Οι γιατροί έχουν εμπλακεί σε διαμάχες ως οι «αφανείς συγγραφείς»: πρόκειται για περιπτώσεις όπου το σχέδιο έρευνας και οι εργασίες που φέρουν το όνομα του γιατρού ελέγχονται στην πραγματικότητα από άλλο μέρος και συχνά το τρίτο μέρος είναι ένας υπάλληλος ή κάποιος που συνδέεται με μια φαρμακευτική εταιρεία. Οι γιατροί κατηγορούνται ότι επωφελούνται από αυτό αποκτώντας φήμη, κύρος, ανέλιξη σε ακαδημαϊκές θέσεις και χρήματα για έρευνα που είναι θετικά προδιατεθειμένη προς τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Περίπτωση:

Ο Δρ. Riggins άνοιξε ένα ιδιωτικό ψυχιατρείο σε μια μεγάλη μητροπολιτική πόλη. Επειδή ήταν νέος στην πόλη έπρεπε να οργανώσει γρήγορα το ιατρείο του για να ενισχύσει τον εαυτό του οικονομικά, αλλά και για να καλύψει τα γενικά του έξοδα, συμπεριλαμβανομένων των μισθών των ανθρώπων που δούλευαν για αυτόν. Ο Δρ. Riggins, ως έμπειρος επιχειρηματίας, βρήκε ένα φαινομενικά κερδοφόρο επιχειρηματικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε σε παραπομπές ασθενών από γενικούς γιατρούς. Για κάθε ασθενή που παραπέμφθηκε στον Δρ. Riggins από το γραφείο του γενικού γιατρού, ο γενικός γιατρός θα λάμβανε 100 δολάρια. Ο Δρ. Riggins τη θεώρησε κατάσταση «win-win», ήτοι ωφέλιμη για όλους, επειδή οι ασθενείς θα λάμβαναν την απαιτούμενη φροντίδα, ο Δρ. Riggins θα είχε ασθενείς και οι γενικοί γιατροί θα παρείχαν φροντίδα ψυχικής υγείας στους ασθενείς τους και επιπλέον 100 δολάρια ανά παραπομπή.

Σε διάστημα 6 μηνών, το ιατρείο του Δρ. Riggins βρισκόταν σε πλήρη λειτουργία. Ωστόσο, ο Δρ. Riggins σημείωσε ότι πολλές από τις παραπομπές του από γενικούς ιατρούς ήταν ακατάλλη-

λες· μερικοί από τους ασθενείς δεν είχαν ανάγκες ψυχικής υγείας, ενώ άλλοι αναρωτήθηκαν γιατί δεν παραπέμφθηκαν σε παρόχους που βρίσκονταν πιο κοντά στον τόπο διαμονής τους ή που ήταν στο δίκτυο της ασφαλιστικής τους εταιρείας.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- ΝΑΙ. Οι γιατροί έχουν κίνητρο να οργανώσουν τις ιατρικές τους πρακτικές και να κερδίζουν χρήματα, ενώ οι ασθενείς έχουν κίνητρο να λάβουν φροντίδα που είναι προς το συμφέρον τους.
- ΟΧΙ. Μια άποψη μπορεί να είναι ότι ένας γιατρός που παραπέμπει τους ασθενείς σε ένα καλύτερο σύστημα φροντίδας φροντίζει για το καλύτερο συμφέρον του ασθενούς και ότι η πληρωμή για την παραπομπή είναι μια «ανταμοιβή» για να κάνει κάτι καλό για τους ασθενείς του.

Συζήτηση:

Οι παραπομπές ασθενών θα πρέπει να βασίζονται στο βέλτιστο συμφέρον του ασθενούς, καθώς ακόμα και οι επαγγελματικές οργανώσεις έχουν αναγνωρίσει ότι η πληρωμή για την παραπομπή ασθενών διακυβεύει αυτό το συμφέρον και μπορεί να είναι παράνομη. Οι φορείς υγειονομικής περίθαλψης που παρακινούν τους γιατρούς να παρέχουν παραπομπές μπορεί να θεωρηθούν ότι προσφέρουν «μίζες» στους γιατρούς και οι γιατροί που δέχονται πληρωμές ενδέχεται να παρακινούνται να παραπέμψουν τους ασθενείς σε παρόχους υγείας για πρόσθετο εισόδημα. Υπάρχει μικρότερο κίνητρο από την πλευρά του γιατρού που λαμβάνει την πληρωμή να εξετάσει άλλους παρόχους ψυχικής υγείας, οι οποίοι μπορούν να εξυπηρετήσουν καλύτερα τον ασθενή μακροπρόθεσμα. Παρόμοια ζητήματα προκύπτουν όταν προσφέρονται στους κλινικούς γιατρούς οικονομικές ανταμοιβές για την παραπομπή ασθενών για μελέτες που χρηματοδοτούνται από φαρμακευτικές εταιρείες. Τουλάχιστον ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται περί των

οικονομικών κινήτρων της παραπομπής του που υπάρχουν εντός των δικτύων ιατρών ή μεταξύ ιατρών και φαρμακευτικών εταιρειών. Αντίθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι μεταξύ των παραπομπών πελατών δικηγόρων, ο διαχωρισμός των αμοιβών είναι μια κοινή πρακτική.

Περίπτωση:

Η κυρία Smith είναι ασθενής του Δρ. Belmont και οι δυο τους έχουν αναπτύξει μια ψυχοθεραπευτική σχέση εδώ και είκοσι χρόνια, καθώς η κυρία Smith πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή από τότε που ήταν έφηβη. Στην αρχή της θεραπευτικής τους σχέσης, ο Δρ. Belmont συζήτησε με την κυρία Smith ότι όσα ειπώθηκαν κατά τη διάρκεια της θεραπείας της θα παραμείνουν εμπιστευτικά. Με τα χρόνια, ο σύζυγός της ενθάρρυνε την κυρία Smith να σκεφτεί τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ωστόσο, η κυρία Smith δήλωσε ότι ο Δρ. Belmont συνέστησε «ομιλητική θεραπεία» (talk therapy) και όχι φάρμακα.

Πριν από ένα χρόνο, η κυρία Smith ξεκίνησε τη διαδικασία αίτησης διαζυγίου από τον επί τριάντα χρόνια σύζυγό της. Πριν από τρεις μήνες, η κυρία Smith έκανε απόπειρα αυτοκτονίας και μεταφέρθηκε σε ψυχιατρείο. Ο κ. Smith προσέλαβε δικηγόρο και υπέβαλε καταγγελία στο κρατικό ιατρικό συμβούλιο παραπονούμενος ότι ο Δρ. Belmont απέτυχε ως προς τα πρότυπα περίθαλψης σχετικά με τη θεραπεία της κυρίας Smith. Η βάση του κ. Smith για τον ισχυρισμό του ήταν ότι ο Δρ. Belmont παραβίασε το καθήκον του ως ψυχιάτρου προωθώντας την ψυχοθεραπεία ως τη μοναδική μέθοδο θεραπείας της κυρίας Smith, και ότι αν ο Δρ. Belmont είχε συνταγογραφήσει στη σύζυγό του αντικαταθλιπτικά φάρμακα νωρίτερα κατά τη διάρκεια της τη θεραπεία της, η σχέση τους δεν θα είχε επιδεινωθεί και δεν θα είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας.

Το κρατικό ιατρικό συμβούλιο ζήτησε τα ιατρικά αρχεία της κυρίας Smith από τον Δρ. Belmont, ωστόσο, η κυρία Smith αρνήθηκε να υπογράψει τη δημοσιοποίηση πληροφοριών για τη γνωστοποιηθούν τα αρχεία στο διοικητικό συμβούλιο. Ο Δρ. Belmont, παραθέτοντας εμπιστευτικά τα λόγια του ασθενή, απέρ-

ριψε το αίτημα του ιατρικού συμβουλίου, με αποτέλεσμα, το ιατρικό συμβούλιο να επιβάλει πρόστιμο στον Δρ Belmont επειδή δεν συμμορφώθηκε με το αίτημά του.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ Belmont θέλει να προστατεύσει το απόρρητο των αρχείων της κυρίας Smith, ενώ το κρατικό ιατρικό συμβούλιο θέλει να ερευνήσει τον Δρ Belmont για μια καταγγελία ανήθικης πρακτικής.
- **ΟΧΙ.** Κάποιος μπορεί να υποστηρίξει ότι εάν το ιατρικό συμβούλιο έχει εξουσία κλήτευσης, η παροχή του ιατρικού φακέλου θα είναι προς το συμφέρον όλων των μερών και ότι το απόρρητο των ασθενών θα προστατεύεται στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Οποιαδήποτε αδικοπραγία εκ μέρους του Δρ. Belmont θα μπορούσε στη συνέχεια να διερευνηθεί και να αντιμετωπιστεί.

Συζήτηση:

Ο Δρ. Belmont μπορεί να είχε μια πιθανή σύγκρουση συμφερόντων αναφορικά με την προστασία του απορρήτου του ασθενούς και την αποφυγή της τιμωρίας για την απόκρυψη των αρχείων από την επιτροπή. Ωστόσο, δεδομένου ότι η κα Smith είναι ανεξάρτητος παράγοντας, έπρεπε τελικά να σεβαστεί τις επιθυμίες της σχετικά με τα αρχεία. Ως εκ τούτου, ήταν ηθικό για αυτόν να συμμορφωθεί με την επιθυμία της να παρακρατήσει τα αρχεία της ψυχιατρικής θεραπείας της από τρίτο μέρος, σε αυτήν την περίπτωση το ιατρικό συμβούλιο.

Ερώτηση: Ο Δρ. Belmont έλαβε ουσιαστική ενημερωμένη συγκατάθεση για τη θεραπεία της κας Smith;

- **ΟΧΙ.** Ο Δρ. Belmont συνέστησε μόνο ψυχοθεραπεία και δεν διερεύνησε τη δυνατότητα χορήγησης φαρμάκων, είτε ως εναλ-

λακτική είτε ως συμπληρωματική μορφή θεραπείας. Ενώ μια τέτοια πρακτική ήταν κοινή μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του εβδομήντα, σήμερα πολύ συχνά η κατάσταση είναι τέτοια στην οποία η φαρμακευτική αγωγή προσφέρεται ως η μόνη εναλλακτική και η θεραπεία δεν προσφέρεται ούτε ως εναλλακτική ούτε ως συμπληρωματική.

Συζήτηση:

Προκειμένου ένας ιατρός να λάβει ενημερωμένη συγκατάθεση, πρέπει να συζητηθούν εναλλακτικές της ψυχοθεραπείας λύσεις. Αυτό επιτρέπει στον ασθενή να εξετάσει διάφορες επιλογές θεραπείας, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και της ωφέλειας του καθενός. Αντίθετα, είναι ηθικά αμφισβητήσιμο να ενημερώνεται ο ασθενής μόνο για φάρμακα και όχι για ψυχοθεραπεία, ως εναλλακτική ή συμπληρωματική μορφή θεραπείας. Βασικό συστατικό κάθε ουσιαστικής ενημερωμένης διαδικασίας συναίνεσης είναι ότι οι κίνδυνοι και η ωφέλεια των εναλλακτικών ή συμπληρωματικών θεραπευτικών προσεγγίσεων πρέπει να διερευνώνται μαζί με τον ασθενή με τρόπο που ο ασθενής μπορεί να εκτιμήσει. Αυτό περιλαμβάνει ακόμα και την επιλογή της μη θεραπείας. Μια τέτοια διερεύνηση δεν ενδείκνυται μόνο ηθικά αλλά και κλινικά, λόγω της μείωσης των πιθανών επιπλοκών της θεραπείας και της ενίσχυσης της θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία είναι ιδιαίτερα ζωτικής σημασίας για τη θεραπεία ασθενών που υποφέρουν από μια ποικιλία σωματικού και ψυχικού πόνου οι οποίες αντιμετωπίζονται από ψυχιάτρους. Σε αυτό το πλαίσιο, μια ουσιαστική ενημερωμένη διαδικασία συναίνεσης είναι το κλειδί για μια ζωτικής σημασίας θεραπευτική συμμαχία και εμπιστοσύνη.

Ερώτηση: Τι θα γινόταν αν ο Δρ. Belmont ήταν ψυχολόγος που δεν μπορούσε να συνταγογραφήσει φάρμακα; Θα έπρεπε να ενημερώσει την κυρία Smith σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις φαρμάκων;

- **ΝΑΙ.** Η ενημερωμένη συγκατάθεση περιλαμβάνει συζήτηση για τα οφέλη, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας θεραπείας. Εάν ο Δρ. Belmont προσφέρει μια μορφή θεραπείας, πρέπει να είναι σε θέση να εκπαιδεύσει τον ασθενή σχετικά με άλλες τυπικές θεραπείες, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να κάνει μια τεκμηριωμένη επιλογή.
- **ΟΧΙ.** Ένα αντεπιχείρημα είναι ότι οι ψυχολόγοι που δεν συνταγογραφούν φάρμακα δεν έχουν αρκετές γνώσεις σχετικά με τα φάρμακα για να εκπαιδεύσουν τους ασθενείς τους σχετικά με αυτές τις εναλλακτικές λύσεις, ώστε οι ασθενείς τους να μπορούν να κάνουν μια ενημερωμένη επιλογή θεραπείας.

Συζήτηση:

Ακόμα κι αν ο Δρ. Belmont είναι ψυχολόγος χωρίς το προνόμιο να συνταγογραφεί, πρέπει να μπορεί να συζητήσει αφ' ενός ότι υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις φαρμάκων, αφ' ετέρου τα πιθανά οφέλη και τους κινδύνους που συνεπάγονται της λήψης φαρμάκων. Αν ο Δρ. Belmont δεν έχει αρκετές γνώσεις σχετικά με τα φάρμακα για να συζητήσει τα οφέλη και τους κινδύνους της θεραπείας ή να γνωρίζει αν και πότε πρέπει να παραπέμψει τους ασθενείς για ψυχιατρική αξιολόγηση, θα πρέπει να ζητήσει τη συμβουλή ενός ψυχιάτρου που μπορεί να συνταγογραφήσει φάρμακα ή να εκπαιδεύσει την κα Smith σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις φαρμάκων, ώστε η κυρία Smith να μπορεί να κάνει μια τεκμηριωμένη επιλογή. Ομοίως, ένας επαγγελματίας που συνταγογραφεί φάρμακα πρέπει να μπορεί να ενημερώνει τους ασθενείς σχετικά με την ψυχοθεραπεία ως επιλογή ή ως συμπλήρωμα.

Η σαγήνη της παντογνωσίας, η μη ανεκτικότητα της αβεβαιότητας, η κατήχηση που προσφέρει το μάρκετινγκ, η προσκόλληση στην αρχική παραπληροφόρηση της πρακτικής του μάρκετινγκ και το οικονομικό συμφέρον μπορεί το καθένα ξεχωριστά να είναι σημαντικοί παράγοντες αντιμεταβίβασης που προκαλούν σύγκρουση συμφερόντων. Αυτό αναδεικνύεται από το απόκρυφο «φαινόμενο

του φανοστάτη», σε αντιστοιχία με το οποίο οι κλινικοί γιατροί λαμβάνουν υπόψη μόνο εκείνες τις διαγνώσεις με τις οποίες είναι εξοικειωμένοι και ενημερώνουν τον ασθενή μόνο για εκείνες τις μεθόδους θεραπείας που είναι σε θέση να αναλάβουν οι ίδιοι.

Αυτό που περιπλέκει τη διαδικασία ενημερωμένης συναίνεσης κατά την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη των ψυχοτρόπων φαρμάκων και τους κινδύνους και τα οφέλη των εναλλακτικών φαρμάκων είναι το γεγονός ότι οι πάροχοι υγείας που δύνανται να συνταγογραφούν ενδέχεται να μην λαμβάνουν ακριβείς και ισορροπημένες πληροφορίες. Δηλαδή, μελέτες έχουν δείξει ότι η έρευνα που υποστηρίζεται από τη βιομηχανία τείνει να εξάγει συμπεράσματα υπέρ της βιομηχανίας. Ομοίως, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η φαρμακευτικά χορηγούμενη έρευνα είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρει τις ανεπιθύμητες παρενέργειες. Για παράδειγμα, αν ο Δρ. Belmont λαμβάνει τις πληροφορίες του από εργαστήρια CME που (άμεσα ή έμμεσα) χρηματοδοτούνται από τη βιομηχανία, ή από έρευνα που υποστηρίζεται από τη βιομηχανία και δημοσιεύεται σε περιοδικά, ενδέχεται να λαμβάνει μεροληπτικές πληροφορίες. Ο Δρ. Belmont θα πρέπει επίσης να εξετάσει άλλες διαθέσιμες πηγές πληροφοριών, όπως δημοσιευμένα άρθρα τόσο υπέρ, όσο και κατά της προτεινόμενης θεραπείας και να συζητήσει τις θεραπευτικές επιλογές με τους συναδέλφους του, προκειμένου να διασφαλίσει ότι έχει μια ισορροπημένη προοπτική. Στο σημερινό περιβάλλον που επηρεάζεται από τη φαρμακευτική αγωγή, οι ατομικές, ομαδικές, οικογενειακές και θεραπείες περιβάλλοντος παραβλέπονται τόσο συχνά, όσο συχνά παραβλεπόνταν η φαρμακοθεραπεία στα τέλη της δεκαετίας του εξήντα και στις αρχές του εβδομήντα.

Περίπτωση:

Ο Δρ. Ford είναι ψυχίατρος σε ένα μεγάλο νοσοκομείο που συνεργάζεται με ένα μεγάλο ακαδημαϊκό ίδρυμα. Αυτήν τη στιγμή, κάνει επισκέψεις ρουτίνας σε ένα μεγάλο νοσοκομείο ως σύνδεσμος γνωμοδότησης. Χθες, κλήθηκε να δει έναν ασθενή με «ιδέες

αυτοκτονίας», με τον οποίο μιλούσε επί μία ώρα. Ο ασθενής, που νοσηλεύτηκε για αντικατάσταση ισχίου, δήλωσε ότι δεν είχε αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι είπε πως «ένιωθε την επιθυμία να αυτοκτονήσει» αποκλειστικά ως αποτέλεσμα της απογοήτευσής του με την κύρια ομάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Προφανώς, η βασική ομάδα ερχόταν στο δωμάτιό του νωρίς το πρωί, κοιτούσε κάτω από τον επίδεσμο της πληγής του, μιλούσε ιδιαιτέρως και έφευγε. Ο ασθενής ένιωθε απογοητευμένος που δεν ήξερε πόσο καιρό επρόκειτο να μείνει στο νοσοκομείο και αν γινόταν καλύτερα. Αφού ο Δρ. Ford άκουσε τον ασθενή και έλαβε υπόψη τους άλλους παράγοντες (π.χ. ψυχιατρικό ιστορικό, απόπειρες αυτοκτονίας, κοινωνική υποστήριξη, κάποιο άτομο για το οποίο θα ήθελε να ζήσει, κ.λπ.), δεν διέγνωσε στον ασθενή ψυχική ασθένεια.

Σήμερα, ο ιατρικός διευθυντής του Δρ. Ford κάλεσε τον Δρ. Ford στο γραφείο του. Είπε στον Δρ Ford ότι «πάντα πρέπει να υπάρχει μια διάγνωση» προκειμένου να αποζημιωθεί από τις ασφαλιστικές εταιρείες, ζητώντας από τον Δρ. Ford να τεκμηριώσει στο διάγραμμα του ασθενούς ότι ο ασθενής είχε Διαταραχή Προσαρμογής (Adjustment Disorder).

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ Ford έχει καθήκον να χρησιμοποιήσει τις γνώσεις του για να διαγνώσει με ακρίβεια τους ασθενείς. Όλα τα νοσοκομεία έχουν συμφέρον να παράγουν έσοδα ή, τουλάχιστον, να ελαχιστοποιούν τις απώλειες. Επειδή ο Δρ. Ford δεν διέγνωσε στον ασθενή ψυχική ασθένεια, το νοσοκομείο κινδύνευε να μην πληρωθεί για τις υπηρεσίες που προσέφερε ο Δρ Ford. Ο ιατρικός διευθυντής θεωρεί ότι η διάγνωση του ασθενούς με διαταραχή προσαρμογής είναι μια ασήμαντη υπόθεση που δεν θα επηρεάσει τη μακροπρόθεσμη έκβαση του ασθενούς, επιτρέποντας, παράλληλα, την αποζημίωση. Ωστόσο, μια αξιόπιστη αλλά μη έγκυρη διάγνωση μπορεί να επιφέρει στίγμα, να είναι περιοριστική, να κατατάξει τον ασθενή σε λάθος κατηγορία, και να αποδειχτεί εμπόδιο σε μια σύσταση η οποία, ενώ δεν έχει

διάγνωση DSM, μπορεί να είναι και έγκυρη και χρήσιμη (π.χ. πρόβλημα σχέσης ασθενούς-προσωπικού).

Ερώτηση: Ο Δρ Ford απέτυχε να αντιμετωπίσει το στιδήποτε;

- **ΝΑΙ.** Ο Δρ. Ford απέτυχε να σημειώσει ότι υπήρχε σφάλμα επικοινωνίας μεταξύ της κύριας ομάδας και του ασθενούς. Συχνά, η κύρια ομάδα είναι απασχολημένη και δεν έχει χρόνο για μεγάλες συνομιλίες με ασθενείς. Ωστόσο, όταν οι ασθενείς αισθάνονται ότι οι ανησυχίες τους δεν ακούγονται ή δεν είναι σωστά ενημερωμένοι για το τι τους συμβαίνει, μπορεί να γίνουν ανήσυχτοι και φοβισμένοι. Οι ασθενείς μπορεί να εκφράσουν την απογοήτευσή τους κάνοντας δραματικές δηλώσεις οι οποίες, με τη σειρά τους, επιφέρουν τη διαβούλευση με έναν ψυχίατρο.

Ερώτηση: Υπάρχουν πιθανές μακροπρόθεσμες συνέπειες για τον ασθενή;

- **ΝΑΙ.** Ακόμη και όταν ένας ασθενής διαγνωστεί με Διαταραχή Προσαρμογής, αυτό μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες, καθώς αν ο ασθενής υποβάλει αίτηση για μακροχρόνια ασφάλιση αναπηρίας που κάλυπτε τραυματισμούς τόσο σωματικής όσο και ψυχικής υγείας, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να απαιτήσει από τον ασθενή να πληρώσει υψηλότερο ασφάλιστρο λόγω της ύπαρξης προϋπάρχουσας πάθησης ψυχικής υγείας.

Συζήτηση:

Οι διαγνώσεις ψυχικής διαταραχής μπορεί να έχουν μακροχρόνιες συνέπειες, όπως στιγματισμό, ακατάλληλη θεραπεία και αντίκτυπο στην οικονομική ζωή του ασθενή. Στην ψυχιατρική η διαδικασία ενημερωμένης συναίνεσης είναι θεμελιώδης για μια θεραπευτική συμμαχία, καθώς οι διαγνώσεις χωρίς τη συμμετοχή και τη συγκατάθεση του ασθενούς είναι αποδυναμωτικές και μπορούν να προβλεφθούν να αυξήσουν την ταλαιπωρία του ασθενούς.

Τα νοσοκομειακά συστήματα ενδέχεται να ασκούν οικονομικές πιέσεις στους γιατρούς για να αποδώσουν στους ασθενείς ψυχικές ασθένειες όταν δεν υπάρχει ή να αποδώσουν στον ασθενή μια πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή προκειμένου να αποζημιωθούν από τρίτα μέρη πληρωτών. Οι γιατροί που βρίσκονται σε αυτή την κατάσταση πρέπει να εξετάσουν τις συνέπειες της άμεσης αντιμετώπισης της κατάστασης έναντι της ιατρογενούς δημιουργίας περιττής ταλαιπωρίας στον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΑΛΛΑ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Περίπτωση:

Η Δρ. Amro είναι μια διάσημος ψυχαναλύτρια με έδρα τη Νέα Υόρκη, έχει πελάτες που ασχολούνται με αντισταθμιστικά κεφάλαια (στο εξής: hedge funds) και απασχολούνται σε μερικές από τις κορυφαίες επενδυτικές τράπεζες στον κόσμο. Κατά τη διάρκεια των ψυχαναλυτικών συνεδριάσεων, οι επενδυτικοί τραπεζίτες μιλούν συχνά για τις εταιρείες οι οποίες θα κάνουν τις πρώτες δημόσιες προσφορές, ενώ οι πελάτες των hedge funds μιλούν για μετοχές που θα «κάνουν short selling» (ηρόκειται για τον κατεξοχήν όρος στον στίβο δραστηριοτήτων των hedge funds). Η Δρ. Amro έχει λίγες γνώσεις σχετικά με τον τομέα των επιχειρήσεων και συζητά μερικές από τις υποθέσεις της με μια ομάδα άλλων ψυχαναλυτών με την οποία συναντιέται κάθε εβδομάδα. Σε μια από τις συνεδρίες, αποκαλύπτει ότι ένας από τους πελάτες του hedge fund έμαθε ότι «κακές» πληροφορίες για μια εταιρεία θα βγουν τις επόμενες τρεις ημέρες και ότι ο ασθενής της ανησυχεί ότι πολλά άτομα σε αυτήν την εταιρεία θα χάσουν τη δουλειά τους, ενώ το ταμείο του θα επωφεληθεί από το «shorting» της μετοχής. Ένας από τους συναδέλφους της Δρ. Amro, συνειδητοποιώντας ότι το 10% του προσωπικού του επιχειρηματικού χαρτοφυλακίου ανήκει στην εταιρεία, καλεί τον μεσίτη του για να πουλήσει το σύνολο των μετοχών της εταιρείας. Ο συνάδελφος δεν αναφέρει ποτέ στην Δρ. Amro τι έκανε, αλλά πιστεύει ότι δεν ενέργησε με λάθος τρόπο, γιατί «κανείς δεν τραυματίστηκε στη διαδικασία».

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων;

- ΝΑΙ. Αυτή η περίπτωση απεικονίζει μια κλασική σύγκρουση συμφερόντων με μια ανατροπή· Η κλασική περίπτωση είναι αυτή του ψυχιάτρου που χρησιμοποιεί εμπιστευτικές πληροφορίες που άντλησε από μια συνεδρία για να βγάλει κέρδος – ουσιαστικά, εκμεταλλευόμενος τη θεραπευτική σχέση χρη-

σιμοποιώντας εσωτερικές πληροφορίες που έμαθε σε αυτό το περιβάλλον. Σε αυτήν την περίπτωση, είναι ένας από τους συναδέλφους της Δρ. Αμρο που χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες για να αποτρέψει την οικονομική του ζημία.

- ΟΧΙ. Ο συνάδελφος μπορεί να υποστηρίξει ότι δεν έχει σχέση γιατρού ή άλλη σχέση με τον ασθενή και ως εκ τούτου μπορεί να ενεργήσει βάσει πληροφοριών που έμαθε από εκείνον έμμεσα. Ένα άλλο επιχείρημα που μπορεί να προβάλει ο συνάδελφος είναι ότι αν δεν ενεργούσε με βάση τις πληροφορίες, τότε θα είχε υποστεί τεράστια οικονομική ζημία.

Συζήτηση:

Αυτή η περίπτωση αναδεικνύει την ανάγκη να εξεταστούν προσεκτικά διάφορες πτυχές του απορρήτου ακόμη και κατά την παρουσίαση υποθέσεων σε συναδέλφους. Η Δρ. Αμρο θα έπρεπε να είχε παραλείψει το όνομα της εταιρείας από την παρουσίαση της υπόθεσης, ειδικά δεδομένου του δυνητικά “εμπρηστικού”, ούτως ειπείν, χαρακτήρα αυτών των πληροφοριών, αποτελεί ένα ισχυρό επιχείρημα ότι ήταν καθήκον της να μην αποκαλύψει περισσότερες εμπιστευτικές πληροφορίες από ό,τι ήταν απαραίτητο κατά την παρουσίαση της κλινικής περίπτωσης.

Οι ηθικές αρχές που ισχύουν για τον Δρ. Αμρο ισχύουν, ωστόσο, και για τον συνάδελφο. Σε αυτή την περίπτωση, ο συνάδελφος αισθάνεται ότι κανείς δεν «πληγώθηκε» στη διαδικασία επειδή ενήργησε πριν δημοσιοποιηθούν τα άσχημα νέα για την εταιρεία. Παρόλα αυτά, ο συνάδελφος παραβίασε την εμπιστοσύνη της γιατρού Αμρο και του ασθενούς χρησιμοποιώντας τις πληροφορίες για προσωπικό του όφελος, συμβάλλοντας, επιπλέον, στο να χάσουν τη δουλειά τους άλλοι άνθρωποι βοηθώντας στη μείωση της τιμής της μετοχής της εταιρείας.

Περίπτωση:

Ο κ. Lewis υπηρετεί ως ενεργό μέλος του στρατού. Πριν από ένα

χρόνο, είχε εμπλακεί σε μια έντονη μάχη και εμφάνισε συμπτώματα που συνάδουν με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ένας στρατιωτικός ψυχίατρος άρχισε να αξιολογεί τον κ. Lewis και κατά τη διάρκεια μιας από τις συνεδρίες, ο κ. Lewis αποκάλυψε ότι, ως αποτέλεσμα του άγχους, δεν ένιωθε ότι θα μπορούσε να πυροβολήσει σωστά με το όπλο, με αποτέλεσμα να μην είναι αποτελεσματικός στη σύγκρουση με τον «εχθρό» στο πλαίσιο μάχης. Μετά την αξιολόγηση, ο στρατιωτικός ψυχίατρος διέγινωσε στον κ. Lewis διαταραχή μετατραυματικού στρες και του συνέστησε να αρχίσει να παίρνει φάρμακα, τονίζοντας, επίσης, ότι θα έπρεπε να αναφέρει τον κ. Lewis στους στρατιωτικούς αξιωματούχους επειδή ο κ. Lewis έθετε τους συναδέλφους του στρατιώτες «σε κίνδυνο».

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Ο στρατιωτικός ψυχίατρος έχει δύο ρόλους. Ο ένας του ρόλος είναι ως θεράπων ψυχίατρος και ο άλλος ως μέλος του στρατού. Στόχος του στρατιωτικού ψυχιάτρου δεν είναι μόνο να θεραπεύσει ψυχικές ασθένειες αλλά και να βεβαιωθεί ότι ο στρατιώτης είναι ικανός να εκτελέσει τα στρατιωτικά του καθήκοντα και υποχρεώσεις. Αυτό περιλαμβάνει την ικανότητα και τη δυνατότητα να σκοτώνει άλλα άτομα αν εμπλακούν σε μάχη, αλλά σημαίνει, επίσης, ότι, όσο πιο αποτελεσματική είναι η θεραπεία (επιτρέποντας στον ασθενή να επιστρέψει στην υπηρεσία), τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να τεθεί ο ασθενής σε μια κατάσταση όπου υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος τραυματισμού ή θανάτου ως προς τους άλλους ως αποτέλεσμα της υπολειπόμενης ανεπάρκειας του ασθενή. Ο Joseph Heller, στο βιβλίο του *Catch-22*, περιέγραψε την παράδοση ατμόσφαιρα που διαποτίζει τη διαδικασία λήψης ψυχιατρικών αποφάσεων εν μέσω της “ομίχλης του πολέμου.” Το ακόλουθο πείραμα *Gedanken* είναι διδακτικό: Ο ασθενής του Freud, επονομαζόμενος Άνθρωπος με τα ποντίκια (*Rat Man*), παρότι θεραπεύτηκε από την εμμονή του από τον Γερμανό ψυχαναλυτή, κατέστη

σημαντικά ικανός για να υπηρετήσει στον Αυστριακό Στρατό, όπου επρόκειτο να σκοτωθεί στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Αν ο Freud το είχε προβλέψει, τότε θα θεράπευε τον Άνθρωπο με τα ποντίκια;

- ΟΧΙ. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι ένας στρατιώτης γνωρίζει εκ των προτέρων τις ψυχικές και σωματικές απαιτήσεις της συγκεκριμένης ιδιότητας, επομένως ένας στρατιωτικός γιατρός μπορεί να θεωρήσει ότι η αναφορά στρατιωτών που δεν είναι διανοητικά ικανοί να υπηρετήσουν βοηθά στην προστασία της χώρας τους, των άλλων στρατιωτών και του εν λόγω στρατιώτη.

Συζήτηση:

Μια πτυχή της δουλειάς του στρατιωτικού ψυχιάτρου είναι να διασφαλίσει ότι οι στρατιώτες είναι ικανοί να υπηρετήσουν, κάτι που περιλαμβάνει τη δυνατότητα εμπλοκής τους σε καταστάσεις μάχης. Ο στρατιωτικός ψυχίατρος έχει καθήκον απέναντι στον στρατό και την προστασία της χώρας, αλλά και ως γιατρός, ο στρατιωτικός ψυχίατρος θεραπεύει κάποιον στρατιώτη με σκοπό ο τελευταίος να θανατώσει τον εχθρό, να προστατεύσει τους συναδέλφους του και να αντιμετωπίσει το άγχος της μάχης.

Οι ψυχίατροι μπορεί να βρεθούν στον άβολο ρόλο να αξιολογήσουν αν ένας στρατιώτης είναι ικανός να πολεμήσει και ενδεχομένως να σκοτώσει τον εχθρό, ενώ οι γιατροί εκπαιδεύονται για να παρατείνουν τη ζωή των ασθενών και να τους ανακουφίζουν από τον πόνο. Οι γιατροί εκπαιδεύονται επίσης να τηρούν το απόρρητο των ασθενών, ωστόσο σε αυτή την περίπτωση έχουν το καθήκον να αναφέρουν στρατιώτες που δεν είναι ικανοί για υπηρεσία. Οι γιατροί λοιπόν πρέπει να εξισορροπήσουν αυτές τις αντικρουόμενες ευθύνες. Ένας τρόπος για να αντιμετωπιστεί αυτή η σύγκρουση διπλού ρόλου θα ήταν να προειδοποιηθεί εκ των προτέρων ο στρατιώτης σχετικά με τα όρια της εμπιστευτικότητας και να διερευνηθεί μαζί με τον στρατιώτη η δυνατότητα να «θεραπευθεί» ώστε να είναι ικανός να υπηρετήσει, κάτι που τον τοποθετεί μπροστά σε υψηλό κίνδυνο θανάτου.

Περίπτωση:

Μια ευρωπαϊκή χώρα νομιμοποίησε την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία. Τις δύο προηγούμενες δεκαετίες, αυτό το έθνος κατά τη διάρκεια αρκετών δεκαετιών είχε γίνει πιο ανοιχτό σε αυτό που θεωρούνταν ως ένας συμπονετικός τρόπος τερματισμού του πόνου. Θεσπίστηκαν αυστηρά κριτήρια ως προς το ποιοι ασθενείς θα πληρούν τις προϋποθέσεις για εξέταση και ορίστηκε στην ισχύουσα νομοθεσία περίοδος αναμονής δύο ετών. Η κυβέρνηση του έθνους είχε μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα για αρκετά χρόνια και εργαζόταν για τη μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, όταν ο υπουργός Υγείας σκέφτηκε ότι ένας τρόπος για να εξοικονομηθούν χρήματα της κυβέρνησης και να τερματιστεί η ταλαιπωρία των βαριά άρρωστων ασθενών ήταν να προωθηθεί η υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία ως εναλλακτική λύση στη φροντίδα, θεωρώντας ότι ο προϋπολογισμός για την περίθαλψη του ξενώνα θα μειωνόταν κατά 30% αν η κυβέρνηση πίεζε πιο επιθετικά για την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία. Επιπλέον, ο υπουργός πίστευε ότι όσοι είχαν βαριά αναπηρία χωρίς ελπίδα να ζήσουν μια «ποιοτική» ζωή θα έβρισκαν την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία μια βιώσιμη εναλλακτική λύση.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- ΝΑΙ. Οι γιατροί εκπαιδεύονται για να παρατείνουν τη ζωή και να ανακουφίζουν τον ασθενή από τον πόνο. Η ευθανασία περιλαμβάνει ενεργό συμμετοχή από την πλευρά του γιατρού για την επίσπευση του θανάτου ενός ασθενούς. Πρέπει να υπάρχει ένα ξεκάθαρο όριο μεταξύ των γιατρών ως θεραπειών και των γιατρών ως δολοφόνων.
- ΝΑΙ. Υπάρχει χρηματικό ενδιαφέρον για την υποστήριξη της ευθανασίας και αυτός ο χρηματικός τόκος μπορεί να παρεμβαίνει στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Ανεξάρτητα από τις διασφαλίσεις, ο φόβος των ασθενών που είναι ήδη φοβισμένοι θα οξύνει

νεται εξαιτίας της εύλογης δυσπιστίας.

- ΟΧΙ. Κάποιοι μπορεί να υποστηρίξουν ότι η ευθανασία, όταν επιλέγεται από τον ασθενή στο πλαίσιο μιας γνήσιας ενημερωμένης διαδικασίας συναίνεσης, είναι μια ανθρώπινη μέθοδος αντιμετώπισης του πόνου του ασθενή και ότι οι γιατροί είναι οι πλέον κατάλληλοι για να εφαρμόσουν την ευθανασία στους ασθενείς. Η κρατική χορηγία ενός τέτοιου προγράμματος μπορεί να βοηθήσει στη νομιμοποίηση της πρακτικής.

Συζήτηση:

Σε όλο τον κόσμο, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για την υποβοηθούμενη από τον γιατρό αυτοκτονία. Είναι σύνηθες να ακούμε για τη διακοπή της μηχανικής υποστήριξης, αλλά η πράξη της επίσπευσης του θανάτου ενός ασθενούς θεωρείται από πολλούς επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου ως αντίθετη με τον βασικό ηθικό σκοπό του ιατρικού επαγγέλματος. Σε αυτή την περίπτωση, η άποψη της κοινωνίας του συγκεκριμένου έθνους για την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία έχει αλλάξει. Η κυβέρνηση πιστεύει ότι μπορεί να εξοικονομήσει χρήματα και να τερματίσει τα βάσανα ταυτόχρονα, στην ουσία μια κατάσταση που ωφελεί τους πάντες.

Ακόμα κι αν αυτή η θέση αντικατοπτρίζει τη βούληση της πλειοψηφίας των πολιτών του έθνους, μπορεί να εφαρμόζει διακρίσεις σε βάρος εκείνων των μειονοτικών ομάδων που επιθυμούν να έχουν πιο εντατική θεραπεία ακόμη και στη φροντίδα στο τέλος της ζωής τους. Η έρευνα περιορίζεται στο ερώτημα αν υπάρχουν σημαντικές πολιτισμικές διαφορές στην αξιολόγηση της αξίας (και της συνέχισης σε κάθε περίπτωση) της φροντίδας στο τέλος της ζωής, αλλά οι έρευνες που υπάρχουν δείχνουν ότι οι μειονοτικές ομάδες είναι πιο πιθανό να προτιμούν την έντονη, και ως εκ τούτου, ακριβή, φροντίδα, ακόμη και τα λεγόμενα «ηρωικά μέτρα» (“heroic measures”) στο τέλος της ζωής τους. Η σύγκρουση έγκειται στο ότι ένα χρηματικό κίνητρο για τον τερματισμό της ζωής παραβιάζει την προσωπική απόφαση που λαμβάνεται μεταξύ των

μελών της οικογένειας, τους γιατρούς και τον ασθενή, και, άρα, ο τερματισμός της ζωής ουσιαστικά μετατρέπεται από μια καθαρά ιατρική απόφαση σε μια ιατρική και οικονομική απόφαση.

Ορισμένες ομάδες για τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία έχουν εκφράσει την ανησυχία ότι αν νομιμοποιηθεί η υποβοηθούμενη από τον γιατρό αυτοκτονία, θα υπήρχε οικονομικό κίνητρο εκ μέρους των ασφαλιστών να παρακρατήσουν την δαπανηρή περίθαλψη έως ότου το άτομο με αναπηρία επιλέξει να τερματίσει τη ζωή του.

Οι χώρες που νομιμοποιούν την υποβοηθούμενη από γιατρό αυτοκτονία και έχουν ένα μοντέλο διαχειριζόμενης φροντίδας θα πρέπει να εξετάσουν τα ζητήματα που σχετίζονται με τη διατήρηση της ζωής και τον τερματισμό της. Αυτές οι χώρες θα πρέπει να αποφασίσουν πώς θα εφαρμόσουν καλύτερα δικλίδες ασφαλείας για να διατηρήσουν – τόσο για μειονοτικές ομάδες όσο και για μεμονωμένα άτομα – την επιλογή του τερματισμού ή μη της ζωής κάποιου ενόψει των οικονομικών πιέσεων από τρίτες οντότητες.

Περίπτωση:

Ο κ. Lee είναι ένας ασθενής που έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από χρόνια παρανοϊκή σχιζοφρένεια. Αυτήν τη στιγμή συμμετέχει σε ένα κρατικό πρόγραμμα παροχών το οποίο χρηματοδοτεί τη θεραπεία ψυχικής υγείας του τα τελευταία πέντε χρόνια. Ο κ. Lee έχει βελτιωθεί σε σημείο που θέλει να ξαναρχίσει να εργάζεται, οπότε, όταν είδε να ανοίγει μια θέση για δουλειά σε μια τοπική καφετέρια σκέφτηκε να κάνει αίτηση. Ο μισθός που θα παίρνει θα είναι ο κατώτατος, γεγονός που θα εξυπηρετούσε τον προγραμματισμό θεραπείας του κ. Lee κατά τη διάρκεια της εβδομάδας. Ο ψυχίατρος του κ. Lee σκέφτηκε ότι η εργασία θα ήταν μια εξαιρετική ιδέα γιατί θα έδινε στον κ. Lee βασικές ευθύνες και θα βοηθούσε στη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του.

Αφού σκέφτηκε να συστήσει στον κ. Lee να εργαστεί, ο ψυχίατρος του κ. Lee άρχισε να έχει κάποιους ενδοιασμούς. Αν ο κ. Lee εργαζόταν, η ασφαλιστική του εταιρεία που χρηματοδοτείται

από το κράτος δεν θα πλήρωνε πλέον τη θεραπεία, γιατί ο κύριος Lee θα κέρδιζε πάρα πολλά χρήματα. Τα χρήματα που θα βγάζει ο κύριος Lee δεν θα κάλυπταν τη θεραπεία του, ούτε τα καθημερινά του έξοδα. Ο ψυχίατρος του κ. Lee αποφάσισε, τότε, ότι στο επόμενο ραντεβού του, θα συνιστούσε στον κ. Lee να πάει σε ένα πρόγραμμα ψυχιατρικής αποκατάστασης αντί να συνεχίσει να εργάζεται στην καφετέρια.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Ο κύριος Lee θέλει να δουλέψει. Πάσχει από μια χρόνια σοβαρή ψυχική ασθένεια και η εργασία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση τόσο της ψυχικής του υγείας, όσο και της αυτοεκτίμησής του, ενώ το πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από το κράτος θέλει να εξοικονομήσει χρήματα και να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς με τις περισσότερες ανάγκες υποστηρίζονται από το πρόγραμμα. Ωστόσο, ο στόχος του προγράμματος που χρηματοδοτείται από το κράτος έχει παράδοξο χαρακτήρα. Αν ένας ασθενής γίνει καλύτερα, δεν είναι προς το συμφέρον του να εργαστεί, γιατί τότε δεν θα λάβει την κρατική κάλυψη. Αν ο ασθενής εργαζόταν, δεν θα μπορούσε να πληρώσει τους λογαριασμούς της θεραπείας του, οι οποίοι θα κατέληγαν υπέργοκοι. Οι ασθενείς σε αυτή την κατάσταση έχουν ένα κίνητρο να μην εργαστούν, γιατί μόνο έτσι θα παραμείνουν επιλέξιμοι για το χρηματοδοτούμενο από το κράτος πρόγραμμα.
- **ΟΧΙ.** Το κράτος μπορεί να ισχυριστεί ότι έχει ένα πεπερασμένο επίπεδο πόρων και το μεγαλύτερο μέρος αυτών δεσμεύεται για τη θεραπεία ατόμων με τις πιο σοβαρές ασθένειες. Αν και υπάρχουν σφάλματα στο σύστημα, το κράτος μπορεί να ισχυριστεί ότι δεν υπάρχουν καλύτερες εναλλακτικές λύσεις.

Συζήτηση:

Αυτή η περίπτωση αποτυπώνει ένα ηθικό δίλημμα που προκαλείται

από μη ευθυγραμμισμένα κίνητρα. Το κράτος θέλει να θεραπεύσει ασθενείς με τις πιο σοβαρές ασθένειες· αναμφισβήτητα, αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται τους περισσότερους πόρους. Μερικοί ασθενείς θα βελτιωθούν, αλλά αντί να παρέχεται πρόσθετη υποστήριξη σε όσους εκφράζουν την επιθυμία και έχουν την ικανότητα να εργαστούν, το σύστημα αφαιρεί τα οφέλη, παρέχοντας ουσιαστικά ένα κίνητρο στους ασθενείς να παραμείνουν άρρωστοι. Στη συνέχεια, οι γιατροί τοποθετούνται σε μια κατάσταση φαύλου κύκλου (Catch-22), στην οποία ο ασθενής θα παραμείνει άρρωστος αν δεν εργάζεται ή μπορεί να αρρωστήσει αν εργάζεται, επειδή θα του στερηθεί η παροχή θεραπείας. Μια ηθική και αποτελεσματική επιλογή είναι να αναπτυχθεί ένα σύστημα που παρέχει κίνητρα και υποστήριξη σε ασθενείς που είναι σε θέση να γίνουν καλύτερα, τοποθετώντας παράλληλα την κατάλληλη υποστήριξη σε κάθε σπμάδι βελτίωσης.

Περίπτωση:

Ένα υψηλόβαθμο πρόγραμμα ειδικότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες δηλώνει περήφανα ότι δεν έχει πτυχιούχους ξένων ιατρικών σχολών, καθώς τα τελευταία χρόνια, έχει δεχτεί πτυχιούχους μόνο από τμήματα αυτής της χώρας.

Ο Δρ Manning, απόφοιτος μιας ινδικής ιατρικής σχολής, ήταν άριστος μαθητής, είχε κερδίσει πολλά βραβεία και χαρακτηριζόταν ως εξαιρετικός ασκούμενος. Ο Δρ Manning μετακόμισε την οικογένειά του στις Ηνωμένες Πολιτείες, ελπίζοντας να αποκτήσει τελικά την αμερικανική υπηκοότητα και εξέταζε τα δύο τοπικά προγράμματα νοσοκομειακής ειδικότητας. Το ένα ήταν πρόγραμμα υψηλού επιπέδου, ενώ το άλλο ήταν χαμηλότερης κατάταξης. Λόγω των δεξιοτήτων του, ο Δρ Manning σκέφτηκε ότι θα ταίριαζε καλύτερα στο πρόγραμμα υψηλότερης κατάταξης, καθώς, λόγω της εμπειρίας του ως ανεξάρτητος ασκούμενος στην Ινδία, ένιωθε ότι ήξερε τόσα περισσότερα από τους ειδικευόμενους γιατρούς του προγράμματος υψηλού επιπέδου. Ψάχνοντας σε αρκετούς ιστοτόπους που απευθύνονταν σε φοιτητές ιατρικής, ανακάλυψε

ότι το υψηλόβαθμο πρόγραμμα δεν ήταν «φιλικό προς τους αλλοδαπούς». Παρόλα αυτά, ο Δρ. Manning έκανε αίτηση για παραμονή στα δύο τοπικά προγράμματα. Το κατώτερο πρόγραμμα του πρόσφερε μια θέση (αλλά όχι στον τομέα ειδικότητας για τον οποίο ενδιαφερόταν περισσότερο), όμως ο Δρ. Manning αποφάσισε να αναλάβει αυτή τη θέση, καθώς πίστευε ότι δεν θα είχε την ευκαιρία να κερδίσει την απαιτούμενη αποδοχή στο υψηλόβαθμο πρόγραμμα.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- **ΝΑΙ.** Το πρόγραμμα ειδικότητας θέλει τους καλύτερους υποψηφίους, αλλά το κύρος του προγράμματος βασίζεται στο ότι έχει τους περισσότερους ή όλους τους υποψηφίους του από τη χώρα υποδοχής και λίγους, έως καθόλου, γιατρούς με αλλοδαπά διαπιστευτήρια.
- **ΟΧΙ.** Το πρόγραμμα διαμονής μπορεί να υποστηρίξει ότι θέλει να παρέχει εκπαίδευση σε γιατρούς από τη χώρα υποδοχής, επειδή οι εκπαιδευτικοί στο πρόγραμμα κατανοούν καλύτερα την ποιότητα των ιατρικών σχολών από τις οποίες προέρχονται οι απόφοιτοι της χώρας υποδοχής. Επιπλέον, το πρόγραμμα διαμονής μπορεί να υποστηρίξει ότι οι υποψήφιοι από τη χώρα υποδοχής αξίζουν τις καλύτερες θέσεις στα εκπαιδευτικά προγράμματα επειδή θα παραμείνουν στη χώρα υποδοχής για να παρέχουν φροντίδα στους πολίτες της.

Συζήτηση:

Το ιατρικό επάγγελμα διατείνεται πως είναι αξιοκρατικό και πως το ασκούν οι καλά εκπαιδευμένοι γιατροί. Πολλές χώρες εξαρτώνται από γιατρούς που έχουν εκπαιδευτεί στο εξωτερικό προκειμένου να στελεχώσουν τα συστήματα υγείας τους και όταν απαγορεύεται η πρόσβαση σε ξένους υπηκόους σε εκπαιδευτικά προγράμματα λόγω των αλλοδαπών πιστοποιητικών των εκπαιδευομένων, το

εκπαιδευτικό πρόγραμμα υστερεί, επειδή δεν έχει τους καλύτερους υποψηφίους. Μια άλλη σκέψη είναι ότι πολλοί από τους αλλοδαπούς υπηκόους λαμβάνουν θέσεις σε περιοχές που υποεξυπηρετούνται και έχουν ανάγκη από γιατρούς. Επιπλέον, ο αποκλεισμός των ατόμων που έχουν εκπαιδευτεί στην αλλοδαπή μπορεί στην πραγματικότητα να δημιουργήσει εκ νέου συστήματα ποσοστώσεων τα οποία τα προηγούμενα χρόνια χρησιμοποιούνταν για τον αποκλεισμό των αυτόχθονων μειονοτικών ομάδων. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, για παράδειγμα, για πολλά χρόνια υπήρχαν ποσοστώσεις σε ιατρικές σχολές και νοσοκομεία για Αφρο-αμερικανούς, αυτόχθονες Αμερικανούς και Εβραίους γιατρούς.

Οι ξένοι υπήκοοι συχνά αποθαρρύνονται από το να υποβάλουν αίτηση για τα πιο αναγνωρισμένα εκπαιδευτικά προγράμματα, επειδή ορισμένα από αυτά τα προγράμματα όχι μόνο έχουν τη φήμη ότι δεν είναι «φιλικά προς τους ξένους», αλλά υπερηφανεύονται που δεν δέχονται ξένους υπηκόους. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μια ατμόσφαιρα πραγματικών ή αντιληπτών διακρίσεων με βάση την εθνική καταγωγή, η οποία είναι εξίσου ύποπτη, όπως οι εκδοχές των φυλετικών, εθνοτικών και θρησκευτικών διακρίσεων του παρελθόντος. Αυτό μπορεί επίσης να οδηγήσει στην εκτίμηση εκ μέρους της χώρας υποδοχής ότι η ιατρική εκπαίδευση σε άλλα μέρη του κόσμου είναι κατώτερη από εκείνη που η ίδια προσφέρει, παρότι στην πραγματικότητα μπορεί να ισχύει το αντίθετο.

Περίπτωση:

Η Amy κατηγορήθηκε για κακουργηματική επίθεση σε αστυνομικό. Έχει ιστορικό χρόνιας παρανοϊκής σχιζοφρένειας και τη στιγμή της πράξης δεν γνώριζε τον άδικο χαρακτήρα της πράξης της. Στην κατάσταση που βρίσκεται, προκειμένου να εγείρει μια καταφατική υπεράσπιση ψυχικής διαταραχής, η κατηγορούμενη πρέπει να αποδείξει με σαφή και πειστικά στοιχεία ότι είχε σοβαρή ψυχική ασθένεια και, ως αποτέλεσμα της ψυχικής της ασθένειας, δεν γνώριζε το άδικο της πράξης της.

Ο θεράπων ψυχίατρος της Amy διερευνά μαζί της ποια έκ-

κλση πρέπει να υποβάλει, ενώ, παράλληλα, ο δικηγόρος της σημειώνει ότι εάν η Amy δήλωνε αθώα λόγω παραφροσύνης, τότε υπήρχε πιθανότητα να εκτίσει το μεγαλύτερο μέρος της ποινής της σε ένα κρατικό ψυχιατρείο. Αν, αντιθέτως, παραδεχόταν την ενοχή της, ο εισαγγελέας πιθανότατα θα προσέφερε συμφωνία και η Amy θα μπορούσε να αφεθεί ελεύθερη με περιοριστικούς όρους, αλλά να μη λάβει αποτελεσματική θεραπεία για τη διαταραχή της. Η Amy ζητά από τον ψυχίατρό της να τη συμβουλέψει. Τι συμβουλές πρέπει εκείνος να δώσει;

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

- ΝΑΙ. Κάποιοι θα έλεγαν, απλώς, ότι ο ψυχίατρος δεν πρέπει να δώσει καμία συμβουλή ή πως πρέπει να πει στην Amy να ακούσει τον δικηγόρο της. Ωστόσο, ο ψυχίατρος θέλει να υποστηρίξει τις ανάγκες του ασθενούς τόσο για ελευθερία όσο και για θεραπεία, και εδώ έγκειται η σύγκρουση.
- ΝΑΙ. Μια επιτυχής υπεράσπιση «αθωότητας λόγω παραφροσύνης» (NGRI) μπορεί να οδηγήσει σε διαδικασίες πολιτικής δέσμευσης σε κρατικό νοσοκομείο για ψυχιατρική θεραπεία. Ωστόσο, η διάρκεια της θεραπείας σε ένα κρατικό ίδρυμα θα είναι πιθανότατα πολύ μεγαλύτερη από το χρονικό διάστημα που θα είχε εκτίσει μια κατηγορούμενη στη φυλακή αν είχε δηλώσει ένοχη.

Συζήτηση:

Σε αυτή την περίπτωση, η δυνατότητα για δικαστικό διακανονισμό ήταν πιο ελκυστική από την υπερασπιστική γραμμή της «αθωότητας λόγω παραφροσύνης» (NGRI). Μια ετυμηγορία NGRI μπορεί να στιγματίζει διπλά, καθώς η κατηγορούμενη, εκτός από το ότι παραδέχεται ότι διέπραξε την υποκείμενη πράξη (καθώς η ένσταση παραφροσύνης δεν μπορεί να κατατεθεί εκτός εάν ο κατηγορούμενος προβεί σε αυτή την παραδοχή), χαρακτηρίζεται και ως

ψυχικά ασθενής. Αυτά τα άτομα μπορεί να βρουν τις συνθήκες του εγκλεισμού τους πιο επαχθείς, με πραγματικά λιγότερα πολιτικά δικαιώματα (όσον αφορά το απόρρητο, τις συζυγικές επισκέψεις και άλλα), σε ένα ιατροδικαστικό νοσοκομείο υψίστης ασφαλείας, από ό,τι σε κάποιες φυλακές. Από την άλλη πλευρά, οι φυλακές είναι ιδιαίτερα επικίνδυνοι χώροι για άτομα με ψυχικές ασθένειες, τα οποία δύνανται να πέσουν θύματα των κοινωνιοπαθητικών θεραπειών που κυριαρχούν στην κοινωνική δομή των φυλακών. Το γεγονός ότι το θύμα στην υπόθεση της Amy ήταν αστυνομικός μπορεί να δυσκολέψει ακόμη περισσότερο τη φυλάκισή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Ένα τοπικό νοσοκομείο αναζητά τον καλύτερο τρόπο για να λάβει ενημερωμένη συγκατάθεση για τις θεραπείες του. Μια ιδέα ήταν να τυπωθούν έντυπα ενημερωμένης συναίνεσης· ένα έντυπο αναφέρει: «Συζήτησα τα οφέλη, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις θεραπείας με τον ασθενή» και ο ασθενής καλείται να υπογράψει το έντυπο. Ωστόσο, ένα μέλος του προσωπικού διαχείρισης κινδύνου διαπίστωσε ότι αυτή η απλή δήλωση ήταν ανεπαρκής, προτείνοντας ότι, μόλις ο εκάστοτε ασθενής επιλέξει μια θεραπεία, θα πρέπει να υπογράψει έντυπα που θα απαριθμούσαν κάθε πιθανή παρενέργεια και ανεπιθύμητη ενέργεια. Οι γιατροί και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ήθελαν έναν λιγότερο χρονοβόρο τρόπο για να λάβουν ενημερωμένη συγκατάθεση, καθώς οι ασθενείς δεν κατανοούσαν την ιατρική ορολογία και ήθελαν περισσότερο χρόνο για να συζητήσουν λεπτομερώς τις επιλογές θεραπείας, ώστε να αισθάνονται ότι έκαναν μια τεκμηριωμένη επιλογή.

Ερώτηση: Υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων σε αυτή την περίπτωση;

ΝΑΙ. Κάθε πλευρά θέλει ο ασθενής να κάνει μια ενημερωμένη επιλογή όταν επιλέγει μεταξύ των διάφορων θεραπευτικών επιλογών. Ωστόσο, το νοσοκομείο ανησυχεί ότι, όταν προκύψει αρνητικό αποτέλεσμα, θα ακολουθήσει αγωγή κατά του γιατρού και του νοσοκομείου. Το προσωπικό διαχείρισης κινδύνων πιστεύει ότι η καλύτερη μορφή προστασίας είναι μια εξαντλητική λίστα κινδύνων, όμως οι γιατροί, δουλεύοντας κάτω από πίεση χρόνου, θέλουν ένα απλό, εύκολα κατανοητό έντυπο που θα ενημερώνει τους ασθενείς και θα προστατεύει τους γιατρούς από αγωγές ιατρικής αμέλειας.

Συζήτηση:

Η θέση του νοσοκομείου σε αυτή την περίπτωση είναι: «Αν δεν το έχετε σε νόμιμο έγγραφο, δεν συνέβη». Αυτή η φράση αναφέρεται

σε καταστάσεις στις οποίες οι γιατροί ισχυρίζονται ότι συζητήσαν συγκεκριμένα ζητήματα με τον ασθενή, αλλά επειδή δεν τεκμηριώθηκε αυτό στο ιατρικό αρχείο, η κριτική επιτροπή θα τείνει να πιστέψει ότι ο γιατρός δεν προειδοποίησε τον ασθενή για σχετικές ανεπιθύμητες ενέργειες, παρότι αυτό δεν είναι κατηγορηματικά αλήθεια.

Η ενημερωμένη συγκατάθεση είναι μια διαρκής διαδικασία, όχι κάτι που συμβαίνει εφάπαξ και που περιλαμβάνει απλώς την υπογραφή ενός έντυπου (είτε σύντομου είτε εκτενούς).

Οι γιατροί θα πρέπει να συζητούν τα οφέλη, τους κινδύνους και τις εναλλακτικές λύσεις στη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένης της απουσίας θεραπείας. Επιπλέον, οι πάροχοι ιατρικών υπηρεσιών θα πρέπει να εμπλέκουν την οικογένεια του ασθενή ή άλλους στα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης του όποτε είναι δυνατόν κατά τη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Οι ιατρικοί πάροχοι θα πρέπει να τεκμηριώνουν αυτές τις συζητήσεις με όσο το δυνατόν περισσότερες λεπτομέρειες και τα έντυπα θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο όταν ο ασθενής έχει συναντηθεί με τον ιατρό και του έχουν εξηγηθεί επιλογές. Μόνο αφού απαντηθούν οι ερωτήσεις του ασθενούς και ο γιατρός βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι σε θέση να παράσχει ενημερωμένη συγκατάθεση θα πρέπει να υπογραφεί ένα έντυπο, ως συμπληρωματική τεκμηρίωση της διαδικασίας ενημερωμένης συγκατάθεσης.

Βιβλιογραφία

- Bursztajn HJ. "Ethicogenesis." *Gen Hosp Psychiatry*. 1986; 8 (6): 422-4.
- Bursztajn HJ, Brodsky A. "Authenticity and autonomy in the managed care era: forensic psychiatric perspectives." *J Clin Ethics*. 1994; 5(3): 237-42.
- Bursztajn HJ, Feinbloom RI, Hamm RM, Brodsky A. *Medical Choices, Medical Chances: How Patients, Families, and Physicians Can Cope with Uncertainty*. Νέα Υόρκη: Delacorte, 1981; New York: Routledge, 1990.
- Bursztajn HJ, Gutheil TG, Cummins B. *Conflict and synthesis: the comparative anatomy of ethical and clinical decision making*. Στο Reiser SJ, Bursztajn HJ, Appelbaum PS, Gutheil TG (επιμ.), *Divided Staffs, Divided Selves*. New York: Cambridge University Press, 17-40.
- Gopal A, Bursztajn HJ. "DSM misuse pitfalls evident in clinical training and courtroom testimony." *Psychiatr Ann*. 2007; 37(9): 604-17.
- Perlin ML. *Mental Disability Law: Cases and Materials*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2005 (2η έκδ.).
- Perlin ML. *Mental Disability Law: Civil and Criminal*. Newark, NJ: Lexis-Nexis/Matthew Bender. 1989-2002 (5 τόμοι) (2η έκδ.).
- Perlin ML, Champine PR, Dlugacz HA, Connell M. *Competence in the Law: From Legal Theory to Clinical Application*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. 2008 (υπό δημοσίευση).
- Perlin ML, Cucolo HE. *Mental Disability Law: Civil and Criminal*. Newark, NJ: Lexis-Nexis/Matthew Bender. 2006-07 (Cum. Supp).
- Perlin ML, Kanter AS, Treuthart MP, Szeli E, Gledhill K. *International Human Rights and Comparative Mental Disability Law: Cases and Materials*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2006.
- Perlin ML, Kanter AS, Treuthart MP, Szeli E, Gledhill K. *International Documentary Supplement*. Durham, NC: Carolina Academic Press, 2006

Πρώτο Μέρος, Κεφάλαιο 1

- Perlin, ML. "There's no success like failure/and failure's no success at all:' Exposing the pretextuality of *Kansas v. Hendricks*," *Northwestern Law Rev*. 1998; 92: 1247-1284.

Πρώτο Μέρος, Κεφάλαιο 2

- Perlin, ML. "Hospitalized patients and the right to sexual interaction: Beyond the last frontier?" NYU Rev Law & Social Change. 1993-94: 517-546.
- Perlin ML. The Hidden Prejudice: Mental Disability on Trial. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

Πρώτο Μέρος, Κεφάλαιο 3

- Appelbaum PS. "Tarasoff: an update on the duty to warn." Hosp Community Psychiatry. 1981 Jan; 32(1): 14-5.
- Appelbaum PS. "Tarasoff and the clinician: problems in fulfilling the duty to protect." Am J Psychiatry 1985; 142(4): 425-9.
- Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical Handbook of Psychiatry & the Law. Wolters Luter Health, 2007.
- Binder RL, McNeil DE. "Application of the Tarasoff ruling and its effect on the victim and the therapeutic relationship." Psychiatr Serv 1996; 47(11): 1212-5.
- Bursztajn HJ. "Protecting patient care and public safety in the managed-care era." Gen Hosp Psychiatry 2002; 24(1): 1-3.
- Bursztajn HJ, Brodsky A. "A new resource for managing malpractice risks in managed care." Arch Intern Med. 1996; 156(18): 2057-63
- Bursztajn HJ, Gutheil TG, Cummins B. "Legal issues in inpatient psychiatry." Στο Sederer LI (επιμ.) Inpatient Psychiatry. 3η έκδ. Baltimore: Williams and Wilkins, 1991; 379-406.
- Gopal A, Bursztajn H. "On Skepticism and Tolerance in Psychiatry and Forensic Psychiatry." Psychiatric Times Bonus Issue: Clinical Psychiatry and the Law, 2007 24 (5).
- Gutheil TG, Brodsky A. Preventing Boundary Violations in Clinical Practice: A Guide to Process and Context. New York: Guilford, υπό δημοσίευση (2008).
- Gutheil TG, Bursztajn HJ, Brodsky A. "The multidimensional assessment of dangerousness: competence assessment in patient care and liability prevention." Bull Am Acad Psychiatry Law. 1986; 14(2): 123-9.

- Perlin ML. "Tarasoff and the dilemma of the dangerous patient: new directions for the 1990's." *Law & Psychol Rev.* 1992; 16: 29-63.
- Perlin ML. "'You got no secrets to conceal': Considering the application of the Tarasoff doctrine abroad." *Univ Cincinnati Law Rev.* 2006; 75: 611-629.
- Roth LH, Meisel A. "Dangerousness, confidentiality and the duty to warn." *Am J Psychiatry.* 1977 May; 134(5):508-11.
- Schrecker T, Acosta L, Somerville MA, Bursztajn HJ. "The ethics of social risk reduction in the era of the biological brain." *Soc Sci Med.* 2001; 52(11): 1677-87.
- Sederer L. *Inpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment.* Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1991.
- Wexler DB. "Patients, therapists and third parties: the victimological virtues of Tarasoff." *Int J Law Psychiatry.* 1979; 2(1): 1-28.
- Wise TP. "Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff." *Stanford Law Rev.* 1978; 31(1): 165-90.
- Wulsin LR, Bursztajn HJ, Gutheil TG. "Unexpected clinical features of the Tarasoff decision: the therapeutic alliance and the 'duty to warn'." *Am J Psychiatry.* 1983; 140(5): 601-3.

Πρώτο Μέρος, Κεφάλαιο 4

- Anderson SH, Hewitt J. "The effect of competency restoration training on defendants with mental retardation found not competent to proceed." *Law & Hum. Behav.* 2002; 26: 343-51.
- Appelbaum PS. "Competence to be executed: Another conundrum for mental health professionals." *Hosp Community Psychiatry.* 1986 Jul; 37(7):682-4.
- Bonnie RJ. "Psychiatry and the death penalty: Emerging problems in Virginia." *Virginia Law Review.* 1980 Mar; 66(2):167-89.
- Entin JL. "Psychiatry, insanity, and the death penalty: A note on implementing supreme court decisions." *J Crim Law & Criminol.* 1988; 79(1): 218-39.
- Freedman AM, Halpern AL. "The psychiatrist's dilemma: A conflict of roles in legal executions." *Aust N Z J Psychiatry.* 1999; 33(5): 629-35.

- Freedman AM, Halpern AL. “The erosion of ethics and morality in medicine: physician participation in legal executions in the United States.” *NY Law Sch Law Rev.* 1996; 41(1): 169-88.
- Perlin ML. “Power imbalances in therapeutic and forensic relationships.” *Behav Sci Law.* 1991; 9(2): 111-28.
- Perlin ML. “Recent criminal legal decisions: Implications for forensic mental health experts.” Στο Goldstein, AM. (επιμ.). *Forensic Psychology: Emerging Topics and Expanding Roles.* New York: John Wiley & Sons, 333-358.
- Perlin ML. “The Supreme court, the mentally disabled criminal defendant, psychiatric testimony in death penalty cases, and the power of symbolism: Dulling the Ake in Barefoot’s Achilles heel.” *New York Law School Human Rts Ann.* 1985; 91-169.
- Schouten R. “Commentary: Training for competence — form or substance?” *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003; 31(2): 202-4.
- Showalter CR. “Psychiatric participation in capital sentencing procedures: ethical considerations.” *Int J Law Psychiatry.* 1990; 13(4): 261-80.
- Wall, BW, Krupp BH, Guilmette T. “Restoration of competency to stand trial: a training program for persons with mental retardation.” *J Am Acad Psychiatry Law.* 2003; 31(2): 189-201.
- Yates KF. “Therapeutic issues associated with confidentiality and informed consent in forensic evaluations.” *N Engl J Crim Civ Confin.* 1994; 20(2): 345-68.

Δεύτερο Μέρος

- Angell, M. *The Truth about Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It.* New York, NY: Random House; 2004.
- Bayer W, Mallinger JB, Krishnan A, Shields CG. “Attitudes Toward Life-Sustaining Interventions Among Ambulatory Black and White Patients.” *Ethn Dis.* 2006; 16: 91409.
- Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, Blumenthal D, Chimonas SC, Cohen JJ, Goldman J, Kassirer JP, Kimball H, Naughton J, Smelser N. “Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers.” *JAMA.* 2006; 295(4): 429-33.

- Brodkey AC. "The role of the pharmaceutical industry in teaching psychopharmacology: a growing problem." *Acad Psychiatry*. 2005; 29(2): 222-9.
- Bursztajn HJ, Brodsky A. "Authenticity and autonomy in the managed care era: forensic psychiatric perspectives." *J Clinical Ethics*. 1994; 5: 237-242.
- Bursztajn HJ, Pirakitkul D. "Pride and prejudice: avoiding genetic gossip in the age of genetic testing." *J Clin Ethics*. 2007; 18(2): 156-161.
- Cosgrove L, Bursztajn HJ. "Undoing undue industry influence: lessons from psychiatry as psychopharmacology." *Organ Ethic*. 2006; 3(2): 131-3.
- Campbell EG, Weisman JS, Ehringhaus S, Rao SR, Moy B, Feibelmann S, Goold SD. "Institutional academic industry relationships." *JAMA*. 2007; 298(15): 1779-86.
- Djulbovic B, Lacevic M, Cantor A, Fields KK, Bennett CL, Adams JR, Kuderer NM, Lyman GH. "The uncertainty principle and industry-sponsored research." *Lancet*. 2000; 356(9230): 635-8.
- Friedberg M, Saffran B, Stinson TJ, Nelson W, Bennett CL. "Evaluation of conflict of interest in economic analyses of new drugs used in oncology." *JAMA*. 1999; 282(15): 1453-7.
- Gopal AA, Bursztajn HJ. "Analysis: DSM biases evident in clinical training and courtroom testimony." *Psychiatr Ann* 2007; 37: 604-7.
- Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. "Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second generation antipsychotics." *Am J Psychiatry*. 2006; 163(2): 185-94.
- Krimsky Sheldon. *Science in the Private Interest*. Lanham, MD: Rowman Littlefield Pub. Co.; 2003.
- Safer DJ. "Design and reporting modifications in industry sponsored comparative psychopharmacology trials." *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(9): 583-92.

Η ΣΕΙΡΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΔΕΚΑ ΤΟΜΟΥΣ:

vol. 1: Αναπαραγωγική Υγεία: Ηθικός Σχολιασμός Περιπτώσιολογικών Μελετών, Bernard M. Dickens, Rebecca J. Cook, Eszter Kismodi, μετάφραση Μαρία Χωριανοπούλου, 99 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.81>

vol. 2: Βιοηθική για Νομικούς, επιμέλεια Amnon Carmi, Barbara Pfeffer Billauer, Michael Kirby, Richard Magnus, Jose Ramon Cossio Diaz, Sperling Daniel, Verges Claude, μετάφραση Αδάμ Παναγιωτόπουλος, 198 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.21>

vol. 3: Ψυχιατρική Ηθική και τα δικαιώματα των ατόμων με νοσηρή αναπηρία στα ιδρύματα και στην κοινότητα, Michael L. Perlin, Harold J. Bursztajn, Kris Gledhill, Esq., Eva Szeli, μετάφραση Σοφία Γιαννούσιου, 192 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.84>

vol. 4: Η Ηθική και η Επιρροή της Βιομηχανίας Φαρμάκων στην Ιατρική, Omar Sultan Haque, Julian De Freitas, Harold J. Bursztajn, Lisa Cosgrove, Abilash A. Gopal, Robindra Paul, Itay Shuv-Ami, Samuel Wolfman, μετάφραση Μιχάλης Ψαρομμάτης, 126 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.86>

vol. 5: Διδάσκοντας Ηθική της Μεταμόσχευσης Οργάνων και της Δωρεάς Ιστών: Μελέτες Περιπτώσεων και Ταινίες, επιμέλεια Silke Schicktanz, Claudia Wiesemann, Sabine Wölke, μετάφραση Λυδία Τσιακίρη, 108 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.87>

vol. 6: Διδάσκοντας Ηθική στην Ψυχιατρική: Μελέτες Περιπτώσεων, επιμέλεια Amnon Carmi, Driss Moussaoui, Julio Arbodela, μετάφραση Αγγελική Μαρία Αργυράκου, 110 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.88>

vol. 7: Daniella Keidar, Η Επικοινωνία στην Αίθουσα Διδασκαλίας: Χρήση της Συναισθηματικής Νοημοσύνης και της μη Λεκτικής Επικοινωνίας στην Διδασκαλία της Ηθικής στις Ιατρικές Σχολές, μετάφραση Παρασκευή Ζαχαριά, 130 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.89>

vol. 8: Βιοηθική και Ολοκαύτωμα, Tessa Chelouche, Geoffrey Brahmner, Susan Benedict, μετάφραση Δέσποινα Βερτζάγια, σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.90>

vol. 9: Ενήμερη Συναίνεση: Μελέτες Περιπτώσεων, επιμέλεια Amnon Carmi, μετάφραση Γεώργιος Μπίφης, 66 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.91>

vol. 10: Darryl R.J. Macer, Ηθικά Παιχνίδια για την Διδασκαλία της Βιοηθικής, μετάφραση Αχιλλέας Κλεισούρας, 152 σελίδες, <https://doi.org/10.12681/aprlp.96>



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

e-ISSN 2732-9569

e-ISBN 978-618-83729-6-2



ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗΣ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΑΣ

ΕΚΠΑ