



**ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY
FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES**

Πτυχιακή Εργασία

**«ΟΙ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΤΗΝ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»**

Thesis

**«OCCUPATIONAL APPROACHES IN THE FIELD OF FORENSIC
PSYCHIATRY»**

Αναστασία Μαρούλη (Α.Μ. 17071)

Anastasia Marouli (ID: 17071)

Επιβλέπουσα: Παπαδοπούλου Αθανασία, Ψυχίατρος MD, PhD

Supervisor: Papadopoulou Athanasia, Psychiatrist MD, PhD

Αθήνα, 2021

Επιτροπή Εξέτασης


1. Ονοματεπώνυμο: Αθανασία Παπαδοπούλου (Α' μέλος, επιβλέπουσα)

ATHANASIA PAPADOPOULOU ATHANASIA PAPADOPOULOU
Jul 21 2021 9:40 AM

2. Ονοματεπώνυμο: Μαρία Παπαδημητρίου (Β' μέλος)

3. Ονοματεπώνυμο: Χριστίνα Αθανασοπούλου (Γ' μέλος)

Christina
Athanasopoulou



Digitally signed by Christina
Athanasopoulou
Date: 2021.07.26 17:19:20
+03'00'

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΜΑΡΟΥΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ του ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ, με αριθμό μητρώου 17071 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Εργοθεραπείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

ΜΑΡΟΥΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ



ΤΡΙΤΗ, 1 ΙΟΥΝΙΟΥ 2021

Ευχαριστίες

Η πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο Τμήμα Εργοθεραπείας, στη Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η υπόδειξη του θέματος έγινε από την καθηγήτρια Ψυχιατρικής κυρία Παπαδοπούλου Αθανασία, και υλοποιήθηκε με την εποπτεία της ίδιας. Θα ήθελα να την ευχαριστήσω για την υπομονή και τις υποδείξεις τις, χωρίς τις οποίες δεν θα είχε πραγματοποιηθεί η τελική μορφή της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την Τροβά Ελένη, τόσο για την άμεση ανταπόκριση και βοήθεια της παρέχοντάς μου βιβλία και νομικές υποδείξεις επί του θέματος, όσο και για την ηθική υποστήριξη και ενίσχυση των ιδεών μου. Οι εμπειρίες που μοιράστηκε μαζί μου και οι απόψεις που κατέθεσε καθόλη την διάρκεια της γραφής της παρούσας εργασίας αποτέλεσαν –και αποτελούν- ισχυρή κινητήριο δύναμη για να ακολουθήσω το όνειρό μου.

Τέλος, ευχαριστώ εγκάρδια τους αγαπημένους μου γονείς για την στήριξη και την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν, και συνεχίζουν να μου δείχνουν, όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μου.

Αθήνα, 2021

Μαρούλη Αναστασία

Περίληψη

Η παρούσα ποιοτική έρευνα συγκεντρώνει ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα των εργοθεραπευτικών προσεγγίσεων στον τομέα της Ψυχιατροδικαστικής. Επιχειρεί να πραγματοποιήσει μια σύντομη παρουσίαση των κεντρικών ζητημάτων της Ψυχιατροδικαστικής (αναγκαστική νοσηλεία, καταλογισμός, ψυχικές διαταραχές στην φυλακή, αυτοκτονικότητα) μέσα από σύντομες ιστορικές αναδρομές, αναφορά στους ισχύοντες νόμους στην Ελλάδα και την συνεισφορά της επιστήμης της Ψυχιατροδικαστικής σε αυτά. Στην συνέχεια, αναπτύσσεται ο ρόλος της Εργοθεραπείας και ο τρόπος που συνεισφέρει με την θεωρία και την πρακτική της στα ζητήματα αυτά. Η έρευνα επικεντρώνεται στις παγκόσμιες εργοθεραπευτικές πρακτικές και σε λίγα μόνο σημεία στηρίζεται στα ελληνικά δεδομένα χρησιμοποιώντας το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο της χώρας. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης με λέξεις κλειδιά με σκοπό να συγκεντρωθούν ερευνητικά άρθρα, βιβλία και δημοσιεύσεις των τελευταίων 20 ετών. Ως κύριο αποτέλεσμα της ανασκόπησης αναδείχτηκε η σημαντικότητα των εργοθεραπευτικών πρακτικών στον κλάδο της Ψυχιατροδικαστικής, ειδικότερα όσον αφορά την θεραπεία και κοινωνική επανένταξη ψυχιατρικά ασθενών μετά από αναγκαστική νοσηλεία, την πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας, την επανένταξη ψυχικά ασθενών μετά από φυλάκιση, καθώς και η αναγκαιότητα πραγματοποίησης περαιτέρω ποσοτικών ερευνών ώστε να εκμεταλλευτούν τα αποτελέσματα με σκοπό την βελτίωση των πρακτικών αυτών.

Λέξεις Κλειδιά: Εργοθεραπεία, Ψυχιατροδικαστική, παρεμβάσεις, νομοθεσία, κοινωνική επανένταξη, φυλακισμένοι, αυτοκτονικότητα

Abstract

The current qualitative research collects a big part of the international literature on the subject of occupational approaches on the field of forensic psychiatry. It attempts to make an executive summary of centric topics in forensic psychiatry (compulsory/involuntary hospitalization, imputation, mental disorders in prison, suicidality) through brief historical background, reports to current legislation in Greece and the contribution of the forensic science. Subsequently, a reference is being made of the role and the attitude of Occupational Therapy through theory and practice on the matter. The research is being focused on international literature with only a small amount of Greek reports, based on current Greek legislation. The method contains a literature review through the input of key-words in order books, articles and reports to be collected, in time of the last 20 years. The importance of Occupational Therapy approaches in the field of forensic psychiatry, especially concerning the aftercare and rehabilitation of mentally ill people after an involuntary hospitalization, the anticipation and treatment of suicidality and the social reintegration of mentally ill prisoners, are the three most considerable results of the research. In conclusion, it refers to the importance of afterward researches.

Keywords: Occupational Therapy, Forensic Psychiatry, approaches, legislation, social rehabilitation, prisoners, suicidality

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΕΝΟΤΗΤΑ Α.....	15
1. ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ.....	15
1.1 Ορισμός	15
1.2 Πεδία Ψυχιατροδικαστικής	16
1.3 Ψυχικές Διαταραχές και Βία.....	18
1.4 Νομική Διάσταση	19
1.4.1 Ψυχικές παθήσεις: Η εξέλιξη της νομοθεσίας.....	19
1.4.2 Η εξέλιξη της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα.....	21
2. ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ.....	27
2.1 Ιστορική Αναδρομή	28
2.2 Παρενέργειες της ακούσιας νοσηλείας	29
3. ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ	30
4. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΦΥΛΑΚΗ.....	31
5. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ	33
5.1 Ιστορική Αναδρομή	34
5.2 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες.....	36
5.3 Η θέση της Ψυχιατροδικαστικής στην αυτοκτονικότητα.....	40
ΕΝΟΤΗΤΑ Β.....	41
1. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
1.1 Ορισμοί.....	41
1.2 Η Εργοθεραπεία στην Ψυχιατροδικαστική	42
2. Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	43
2.1 Ατομική θεραπεία	48
2.1.1 Το Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου	49
2.2 Ομαδική Θεραπεία.....	50
2.2.1 Τα είδη των εργοθεραπευτικών ομάδων	53
2.2.2 Το μοντέλο της δημιουργικής ικανότητας.....	55
3. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΦΥΛΑΚΕΣ/ΔΟΜΕΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	57
3.1 Εργοθεραπευτική Παρέμβαση	58

3.1.1 Η Επιστήμη Έργου	60
3.2 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτές σε φυλακές	62
4.ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ	63
4.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα.....	64
4.2 Σχιζοφρένεια και αυτοκτονικότητα.....	67
5.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ	71
5.1 Από την Φυλακή στην Κοινότητα.....	73
5.2 Κοινωνική επανένταξη μετά από αναγκαστική νοσηλεία.....	75
ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	78
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	80
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΚΜΚ	Κώδικας Μεταχείρισης Κρατουμένων
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΚ	Σωφρονιστικός Κώδικας
WHO	World Health Organisation
ICRC	International Committee of Red Cross

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κατά την τελευταία εικοσαετία έχει αυξηθεί σημαντικά, παγκοσμίως, η κοινωνική ευαισθητοποίηση σε θέματα που αφορούν την ψυχική υγεία. Το 2001, ο ΠΟΥ εκδίδει μια έκθεση, όπου στο κεφάλαιο με τίτλο «Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα» (σελ. 3) αναφέρει τα εξής:

-1 στους 4 ανθρώπους θα επηρεαστεί σε κάποιο σημείο της ζωής του από κάποια ψυχική ή νευρολογική διαταραχή

-450 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τέτοιους παράγοντες, καθιστώντας τις ψυχικές διαταραχές τις συχνότερες αιτίες κακής υγείας παγκοσμίως.

Αυτή η διαπίστωση από μόνη της μπορεί να ωθήσει κάποιον να ασχοληθεί με ζητήματα της ψυχικής υγείας, πόσο μάλλον έναν θεραπευτή. Μέσα από το τμήμα Εργοθεραπείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, μου δίνεται και εμένα αυτή η ευκαιρία. Σε συνδυασμό με την ευαισθητοποίησή μου σε κοινωνικά θέματα, όπως αυτά του ψυχιατρικού στίγματος, οι ίσες ευκαιρίες θεραπείας προς όλους, η κοινωνική περιθωριοποίηση ως αποτέλεσμα μιας ψυχικής διαταραχής κ.α., βρίσκω το θέμα «Εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις στην Ψυχιατροδικαστική» κατάλληλο και δημιουργικό, ώστε να εμπλακώ σε μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση με σκοπό την διερεύνηση και παρουσίαση του θέματος. Η εργασία αυτή στοχεύει να αναδείξει την ενδεχόμενη σχέση των δύο γνωστικών αντικειμένων, τα σημεία επαφής τους και την καταλληλότητα της Εργοθεραπείας ως εργαλείου για την ανάδειξη του ρόλου και της σημασίας της Ψυχιατροδικαστικής.

Για τον σκοπό αυτό η εργασία αποτελείται από δύο θεματικές ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στην επιστήμη της Ψυχιατροδικαστικής και η δεύτερη εμβαθύνει

στην Εργοθεραπεία. Η Ψυχιατροδικαστική είναι μια υποειδικότητα της ψυχιατρικής. Προϋποθέτει μια ολοκληρωμένη γνώση τόσο της Ψυχιατρικής όσο και των βασικών όρων της Νομικής επιστήμης, δηλαδή εξοικείωση με τις νομικές έννοιες και την δικαστική διαδικασία. Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στην επιστήμη της Εργοθεραπείας. Η Εργοθεραπεία σε θέματα που εφάπτονται στον τομέα της Ψυχιατροδικαστικής είναι σχετικά νέα και απαιτεί τη γνώση τόσο των αρχών και μοντέλων εφαρμογής της Εργοθεραπείας, όσο και των νομικών κανόνων, της ηθικής και της δεοντολογίας που αφορούν την θεραπεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές που εμπíπτουν στο κομμάτι της Ψυχιατροδικαστικής.

Πιο αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο της πρώτης ενότητας παρουσιάζεται συστηματικά η επιστήμη της Ψυχιατροδικαστικής, τα πεδία στα οποία εφαρμόζεται, καθώς και οι νόμοι που θα βοηθήσουν τον αναγνώστη να κατανοήσει το θέμα από την οπτική ενός νομικού. Γίνεται, επίσης, μια σύντομη αναφορά στη βία και την επιθετικότητα, και τον τρόπο που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές.

Στα επόμενα τέσσερα κεφάλαια της πρώτης ενότητας παραθέτονται εκτενέστερα τέσσερα θέματα της Ψυχιατροδικαστικής στα οποία έχει εφαρμογή η Εργοθεραπεία. Αυτά αντιστοίχως είναι η Αναγκαστική Νοσηλεία, για την οποία γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή στη νομοθεσία που τη χαρακτηρίζει, ο Καταλογισμός, οι Ψυχικές Διαταραχές σε ανθρώπους που βρίσκονται στην Φυλακή και η Αυτοκτονικότητα, στο οποίο καταγράφω τη θέση της κοινωνίας απέναντι στην αυτοκτονία με το πέρασμα των χρόνων, τους παράγοντες κινδύνου, τους προστατευτικούς παράγοντες και την θέση της Ψυχιατροδικαστικής.

Κατόπιν, στην δεύτερη ενότητα γίνεται αναφορά στην επιστήμη της Εργοθεραπείας, στις αρχές που τη διέπουν και στα σημεία που συναντάει την

επιστήμη της Ψυχιατροδικαστικής. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται τόσο η ατομική όσο και η ομαδική Εργοθεραπεία στα πλαίσια αναγκαστικής νοσηλείας γενικού και ειδικού νοσοκομείου μέσα από δύο διαφορετικά εργοθεραπευτικά μοντέλα. Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στην Εργοθεραπεία σε φυλακές καθώς και στον τρόπο που βοηθά η Εργοθεραπεία στην αντιμετώπιση της παραβατικότητας. Στη συνέχεια, σχολιάζεται ο ρόλος της Εργοθεραπείας στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας, με την ανάλυση των δύο πιο σοβαρών νόσων στα ποσοστά εμφάνισης αυτοκτονικότητας μεταξύ των ασθενών με ψυχικές διαταραχές, την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια. Τέλος, γίνεται μια σύντομη αναφορά, στο πέμπτο κεφάλαιο της ενότητας, στην κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές νόσους που εμπίπτουν στα θέματα της Ψυχιατροδικαστικής, και στον τρόπο με τον οποίο συνεισφέρει καταλυτικά η Εργοθεραπεία.

Για την προσέγγιση του θέματος χρησιμοποίησα πηγές από την διεθνή βιβλιογραφία στον τομέα της ψυχικής υγείας, τις οποίες επιδίωξα να προσαρμόσω στην ισχύουσα ελληνική πραγματικότητα και νομοθεσία. Στο τέλος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, προτείνω μερικές ιδέες για πιθανούς τομείς που επιδέχονται περαιτέρω έρευνας, αλλά και προσαρμογής του τρόπου θεραπείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ψυχιατρική μετράει περισσότερο από δύο αιώνες ζωής ως ξεχωριστή ειδικότητα της Ιατρικής. Ενώ η Ιατρική ασχολείται με την ίαση των συμπτωμάτων και θεραπεία της ασθένειας, η Ψυχιατρική φαίνεται να αποτελεί την μοναδική ειδικότητα με τόσο άμεσα κοινωνικό ενδιαφέρον. Με αυτό το δεδομένο, ο συσχετισμός της με την νομοθεσία καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικός. Η σύνδεση, λοιπόν, της Ψυχιατρικής και του Δικαίου, φαίνεται να λαμβάνει χώρα στην κοινωνική υπόσταση των δύο επιστημών, και ως αποτέλεσμα έχει την γέννηση και ανάπτυξη μιας νέας επιστήμης, την Ψυχιατροδικαστική.

Σε πολλές περιπτώσεις βιβλίων και κειμένων, χρησιμοποιούνται οι όροι «Νομική Ψυχιατρική» ή «Δικαστική Ψυχιατρική». Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται αναφορά της επιστήμης ως «Ψυχιατροδικαστική», καθώς εμπεριέχει τόσο την νομική, όσο και την δικαστική πτυχή της. Οι κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών χρησιμοποιούν τις ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες με σκοπό να εκτρέψουν το ψυχικά ασθενές άτομο έξω από το σύστημα ποινικής και αστικής δικαιοσύνης και να το παραπέμψουν εντός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ώστε να λάβει την απαραίτητη φροντίδα.

Η Ψυχιατροδικαστική επιστήμη προσφέρει την ευκαιρία στους εργοθεραπευτές να ορίσουν τον τρόπο με τον οποίο η προσφορά τους στην αξιολόγηση και θεραπεία των ψυχιατροδικαστικών ασθενών είναι μοναδική. Η Εργοθεραπεία αποτελεί μια εξίσου νέα επιστήμη, συνεχώς εξελισσόμενη, και βρίσκει θέση σε όλο και περισσότερα θέματα κοινωνικής, σωματικής, πνευματικής και ψυχικής δυσλειτουργίας. Με το θεσπισμένο θεωρητικό υπόβαθρο, τα μοντέλα πρακτικής, αλλά και τις μοναδικές προσαρμογές του κάθε θεραπευτή, δημιουργεί τις αναγκαίες συνθήκες μέσα από τις οποίες το άτομο θα ξεδιπλώσει και θα βελτιστοποιήσει τις

δεξιότητες συμμετοχής του σε έργα, θα εξερευνήσει διάφορους ρόλους και θα αποδώσει με τον καλύτερο τρόπο στις δραστηριότητες της καθημερινότητας. Διευκολύνει την συμμετοχή του ατόμου σε νοηματοδοτημένα έργα και δραστηριότητες μέσα σε ένα συγκεκριμένο περιβάλλον. Με αυτόν τον τρόπο, η Εργοθεραπεία αποτελεί έναν αναπόσπαστο κρίκο στην αλυσίδα των επιστημών που ασχολούνται συνεργατικά για την φροντίδα του ασθενή με ψυχικά νοσήματα, στα πλαίσια της Ψυχιατροδικαστικής.

ΕΝΟΤΗΤΑ Α

1. ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

1.1 Ορισμός

Η Δικαστική Ψυχιατρική ή Ψυχιατροδικαστική, υποδηλώνει την ειδικότητα που ασχολείται με ζητήματα ατόμων με ψυχικά προβλήματα, τα οποία εμπλέκονται στη δικαιοδοσία των αρχών του δικαίου. Στην Ελλάδα ορίζεται ως νομική προϋπόθεση η εξέταση της ψυχικής υγείας στη δίκη ενός υπόπτου που θεωρείται ψυχικά άρρωστος ή διαταραγμένος. Ο κύριος στόχος της ψυχιατροδικαστικής αξιολόγησης είναι να αξιολογηθεί η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου που κατηγορείται για ένα έγκλημα. Η απάντηση εάν ο συγκεκριμένος δράστης είναι ικανός ή ανίκανος για καταλογισμό παραμένει κυριαρχικά στο δικαστήριο. Ο ψυχίατρος-πραγματογνώμονας εκφράζεται στο πλαίσιο της ποινικής δίκης ως βοηθός του δικαστή. Η κύρια αποστολή του έγκειται στη συνδρομή του δικαστηρίου για τη λήψη της απόφασης, εάν το συγκεκριμένο άτομο – ως ικανό για καταλογισμό – θα πρέπει να τιμωρηθεί ή όχι και ενδεχομένως σε περίπτωση επιβολής ποινικής κύρωσης, στο ποια θα πρέπει να είναι η προσήκουσα.

Η Ψυχιατροδικαστική είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ ψυχιατρικής και δικαίου. Η ψυχιατροδικαστική επιστήμη αφορά τόσο την κλινική ψυχιατρική, με θεραπευτικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα, όσο και μια πληθώρα άλλων εγκληματολογικών επιστημών που έχουν σκοπό την εξιχνίαση υποθέσεων. Υπό το πρίσμα αυτών των παραμέτρων, υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές όσον αφορά τον ορισμό της Ψυχιατροδικαστικής σε κάθε χώρα. Φυσικά, σε όλες τις χώρες ο ψυχιατροδικαστικός τομέας περιλαμβάνει την συμβουλευτική των δικηγόρων και δικαστικών από έμπειρους ψυχιάτρους, εξειδικευμένους στο νομικό πλαίσιο της κάθε

χώρας, με σκοπό να σκιαγραφήσουν και να διερευνήσουν την ψυχική κατάσταση ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, σε όλες τις χώρες η ψυχιατροδικαστική επιστήμη διερευνά τις πνευματικές ικανότητες και δυσλειτουργίες ενός ατόμου που πιθανώς έχουν νομική σημασία (Felthous, A.R., Henning, S., 2014). Αξιολογεί, δηλαδή, και διαχειρίζεται ψυχικά ασθενή άτομα, άλλους ασθενείς που έχουν υπάρξει βίαιοι ή άτομα που θεωρούνται υψηλού κινδύνου.

Στην Ελλάδα, η Ψυχιατροδικαστική έχει εφαρμογή σε υποθέσεις αστικού δικαίου (ακούσια νοσηλεία και ακούσια θεραπεία, ικανότητα για δικαιοπραξία, δικαστική συμπαράσταση), αλλά και ποινικού δικαίου (αντιμετώπιση ψυχικά πασχόντων παραβατών). Ο περισσότερο διαδεδομένος κλάδος της Ψυχιατροδικαστικής, είναι αυτός της Εγκληματολογικής Ψυχιατροδικαστικής, δηλαδή η ενασχόληση της ψυχιατρικής ιατροδικαστικής με παραβάτες του ποινικού δικαίου.

Η πρακτική της Ιατροδικαστικής Ψυχιατρικής εξαρτάται όχι μόνο από τις σύγχρονες επιστημονικές και κλινικές μεθόδους, αλλά και από το νομικό πλαίσιο που εφαρμόζεται κάθε δεδομένη στιγμή στην χώρα. Συνεπώς, οι πρακτικές προσεγγίσεις των ψυχικών ζητημάτων δεν είναι τόσο καθολικές, όσο σε άλλες εγκληματολογικές επιστήμες (Felthous, A.R., Henning, S., 2014).

Ήδη στην χώρα μας το συγκεκριμένο επιστημονικό αντικείμενο αποτελεί αντικείμενο μεταπτυχιακών σπουδών ενώ έχει ιδρυθεί και ομώνυμη Επιστημονική Εταιρία ή Ελληνική Ψυχιατροδικαστική Εταιρία, ενώ εκδίδεται και περιοδικό Ψυχιατροδικαστική.

1.2 Πεδία Ψυχιατροδικαστικής

Ενώ η κλινική Ψυχιατρική στοχεύει σε θεραπευτικούς σκοπούς σε δομές υγείας, η Ψυχιατροδικαστική περιορίζεται στα νομικά θέματα στις αίθουσες των

δικαστηρίων. Και επειδή, εντέλει, οι αποφυάδες του νόμου διαφέρουν από τις αποφυάδες της υγείας, ο κλινικός ψυχίατρος διαφέρει από τον ψυχιατροδικαστή. Ωστόσο, κανείς δεν περιορίζει τον επιστήμονα ψυχίατρο να ασκεί -στα πλαίσια του ηθικού- και τις δυο πτυχές του επαγγέλματος. Φαίνεται, λοιπόν, πως η επιστήμη της Ψυχιατροδικαστικής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων με κύριο σκοπό την προστασία του ψυχικά διαταραγμένου θύτη ή θύματος και την επιβολή της δικαιοσύνης. Για λόγους κατανόησης, θα διαχωρίσω παρακάτω τα πεδία της εφαρμογής της ψυχιατροδικαστικής σε ενηλίκων και ανηλίκων.

Όσον αφορά τους ενήλικες και το αστικό δίκαιο, μερικά παραδείγματα υποθέσεων της Ψυχιατροδικαστικής είναι η ακούσια νοσηλεία και ακούσια θεραπεία, η ικανότητα για δικαιοπραξία, η δικαστική συμπάρσταση κ.α., ενώ στο ποινικό δίκαιο, τα εγκλήματα κατά της ζωής, η ενδοοικογενειακή βία, η σεξουαλική βία είναι μερικά παραδείγματα υποθέσεων που μπορεί να ασχοληθεί ένας ψυχιατροδικαστής.

Όσον αφορά τα θέματα που εφάπτονται στην επιστήμη της Ψυχιατροδικαστικής και σχετίζονται με εφήβους και παιδιά, στο αστικό δίκαιο περιλαμβάνουν τα διαζύγια, την γονική ικανότητα, την κηδεμονία, τον καθορισμό αναπηρίας, την επιμέλεια του ανηλίκου, την διεκδίκηση αποζημίωσης μετά από τραυματική εμπειρία, ενώ στο ποινικό δίκαιο σχετίζονται με την σωματική κακοποίηση, παραμέληση ανηλίκου, σεξουαλική κακοποίηση, βία μεταξύ των συντρόφων, καθώς και όλα όσα έχουν να κάνουν με την παραβατικότητα των ανηλίκων.

Θέματα όπως η αξιολόγηση του ατόμου, η σύνταξη μιας πραγματογνωμοσύνης, το ιατρικό απόρρητο και ο καταλογισμός, είναι κοινά και στις δύο παραπάνω περιπτώσεις.

1.3 Ψυχικές Διαταραχές και Βία

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που επιχειρούν να εξηγήσουν την ανθρώπινη εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς (επιθετική συμπεριφορά ως εγγενής αντίδραση, ως αποτέλεσμα μίμησης προτύπων ή ως απόρροια ματαίωσης) (Παρλαπάνη, 2016). Η επιθετική συμπεριφορά, σε όλες τις περιπτώσεις, περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα εκδηλώσεων που στοχεύουν στη συνειδητή πρόκληση βλάβης, το μέγεθος της οποίας κυμαίνεται από την πρόκληση ψυχικής δυσφορίας έως την πρόκληση σωματικής βλάβης ή θανάτου. «Παθολογική» ή «αντιδραστική» επιθετικότητα υπάρχει, όταν η επιθετική αντίδραση είναι δυσανάλογη του αιτίου ή της συναισθηματικής πρόκλησης (Παρλαπάνη, 2016).

Το 1985, ο Glaser αναφέρει σε σχετική έρευνα ότι ο πληθυσμός των ψυχιατρικά ασθενών που παραβατούν δεν είναι ούτε περισσότερο ούτε λιγότερο «εγκληματικός» από τους υπόλοιπους παραβάτες όσον αφορά τον τύπο της παράβασης, την σοβαρότητα και το ιστορικό. Υπάρχει μια κοινώς αποδεκτή άποψη ότι οι ψυχιατρικά ασθενείς συμπεριφέρονται μονίμως βίαια, ιδέα η οποία προέρχεται κυρίως από την αρνητική ή ελλιπή κάλυψη των μέσων μαζικής επικοινωνίας, με άμεσο αποτέλεσμα τον στιγματισμό των ατόμων. Σοβαρά βίαια επεισόδια προκαλούμενα από ψυχικά ασθενείς είναι στην πραγματικότητα πολύ σπάνια. Εντούτοις, υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ βίας και κάποιων ψυχικών διαταραχών, οποία και αποτελεί το πεδίο ενδιαφέροντος των ψυχιατροδικαστών και λοιπών επιστημών που ασχολούνται με το έγκλημα, συμπεριλαμβανομένων και των εργοθεραπευτών.

Η πλειοψηφία των ατόμων που έχουν δεχτεί βίαιο επεισόδιο δεν είναι από κάποιον ψυχικά ασθενή. Ωστόσο, η ύπαρξη σοβαρής ψυχικής διαταραχής αυξάνει την πιθανότητα διάπραξης βίαιης πράξης και εγκλήματος κατά οκτώ φορές (Felthous,

A.R., Henning, S., 2014) Η αξιολόγηση και διαχείριση της επικινδυνότητας ενός ασθενή είναι δύο από τους βασικούς σκοπούς τόσο της Δικαστικής Ψυχιατρικής όσο και της Εργοθεραπείας.

1.4 Νομική Διάσταση

1.4.1 Ψυχικές παθήσεις: Η εξέλιξη της νομοθεσίας

Οι βάσεις για τη φροντίδα ψυχικά ασθενών τοποθετούνται στους αγγλικούς νόμους περί φτώχειας του 1601, με την ανάληψη ευθύνης από κάθε ενορία για την υποστήριξη των ατόμων που αδυνατούσαν να φροντίσουν τον εαυτό τους (Μαρτινάκη Σ., Παπαϊωάννου Α., Ασημόπουλος Χ.). Ωστόσο, η μετέπειτα εξέλιξη της Ψυχιατρικής στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει να επιδείξει μια μακρά και εποικοδομητική πορεία, που έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη και της ψυχιατροδικαστικής φροντίδας υγείας (forensic mental health care) και κατά συνέπεια της ψυχιατροδικαστικής κοινωνικής εργασίας. Ειδικότερα, θέματα που αφορούν σε ψυχικά ασθενείς και η επιβολή δύναμης, φυλακίζοντας τους «εξαγριωμένους, τρελούς και επικίνδυνους», κατοχυρώθηκαν στους νόμους Vagrancy Act του 1714 και Regulation of Private Madhouses Act του 1774. Η αθώωση του Daniel McNaughton το 1843 για τον φόνο που διέπραξε, μετά την επιτυχή του υπεράσπιση λόγω ψυχικής ανικανότητας, προκάλεσε ποικίλες συζητήσεις στη Βουλή των Λόρδων και είχε ως αποτέλεσμα τον προσδιορισμό κανόνων (παραμένουν μέχρι και σήμερα σε ισχύ στη Μ. Βρετανία), σύμφωνα με τα οποία ένα άτομο θα μπορούσε να αθωωθεί λόγω παραφροσύνης. Ακολούθησε ο νόμος Lunacy Act 1890, ο οποίος μεταξύ άλλων ρύθμιζε και θέματα θεραπευτικών προσεγγίσεων που απαιτούσαν παράλληλα και νομικές παρεμβάσεις προκειμένου να «φυλακίζονται» οι ασθενείς. Η λειτουργία των νοσοκομείων Broadmoor το 1863, Rampton Hospital το 1912, Moss Side Hospital το 1917 και η μετέπειτα λειτουργία του Ashworth Hospital το 1970, που

προέκυψε από τη συγχώνευση των νοσοκομείων Moss και Park Lane, έθεσαν με πιο ουσιαστικό τρόπο ζητήματα που αφορούσαν τόσο στη φύλαξη όσο και στη θεραπεία ασθενών με παραβατική συμπεριφορά. Ακολούθησε σειρά αναφορών και εκθέσεων που επικεντρώθηκαν στην ανάγκη ψυχιατροδικαστικής κάλυψης σε τοπικό επίπεδο, προάγοντας τη φροντίδα και την ασφάλεια για τη θεραπεία των ψυχικά διαταραγμένων παραβατών. Στον νόμο Mental Health Act του 1983 παρουσιάζονται θέματα που αφορούν στην υγεία, στην ασφάλεια, καθώς και στην προστασία των άλλων. Αργότερα, στον νόμο Mental Health Act του 2007, στον οποίο συγχωνεύτηκαν οι Mental Health Act του 1983 και Mental Capacity Act του 2005, αναφέρεται ότι «τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα που έχουν εκδηλώσει παραβατική συμπεριφορά (mentally disordered offenders, MDO) θα πρέπει να έχουν τα ίδια δικαιώματα στην αξιολόγηση και στη θεραπεία, όπως όλοι οι άλλοι οι οποίοι δεν έχουν προβεί σε κάποια αξιόποινη πράξη». Η δημοσίευση του σχεδίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας (National Health System, NHS) υπογράμμισε τη σημασία της παροχής θεραπείας σε κρατούμενους με προβλήματα ψυχικής υγείας, δηλώνοντας ότι για κάθε κρατούμενο που αποφυλακίζεται θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί ένα σχέδιο φροντίδας και να προσδιοριστεί ένας φροντιστής.

Αυτό ενισχύθηκε στην έκθεση Changing the Outlook, όπου τονίζεται ότι «οι κρατούμενοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στο ίδιο εύρος και στην ποιότητα των υπηρεσιών, σύμφωνα με τις ανάγκες τους, όπως ακριβώς και ο γενικός πληθυσμός». Τέλος, στην έκθεση Bradley καταγράφεται ότι «ίσως η φυλακή να μην είναι πάντα το κατάλληλο περιβάλλον για τα άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή...» και ότι «οι ψυχικά διαταραγμένοι παραβάτες θα μπορούσαν, σε κάποιες περιπτώσεις, να μεταφερθούν σε άλλες υπηρεσίες». Ενδεικτικά αναφέρεται ότι και στη Γαλλία, από τα τέλη του 18ου αιώνα, μελετώνται οι σχέσεις ανάμεσα στην Ψυχιατρική και στην

ποινική δικονομία. Η καταγραφή στα Χρονικά της Δημόσιας Υγιεινής και της Ιατροδικαστικής το 1836 σχετικά με την υπόθεση Ριβιέρ καταδεικνύει αυτή την προβληματική. Προηγούμενες υποθέσεις από αυτή του Ριβιέρ, όπως της Ανριέτ Κορνιέ, του Παπαβουάν ή του Λεζέ, έγιναν σημείο αναφοράς της δικαστικής Ψυχιατρικής στη Γαλλία και αποτέλεσαν σημαντικό πεδίο μελέτης και προβληματισμού για τους επιστήμονες της εποχής, ψυχιάτρους και νομικούς, προκειμένου να οδηγήσουν στη θεσμοθέτηση νομολογίας για τους ψυχιατρικούς παραβάτες.

Αντίστοιχα, στις ΗΠΑ, η ψυχιατροδικαστική φροντίδα πρωτοεμφανίστηκε κατά την αποικιοκρατική περίοδο με την εγκαθίδρυση εγκληματολογικής πολιτικής στις αποικίες της Β. Αμερικής, τον σχηματισμό του δικαστηρίου ανηλίκων και τις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις στις αρχές του 1900. Κατά τις δεκαετίες 1960–1990 αποκρίθηκε στο αίτημα της κοινωνίας για βελτιωμένη υγειονομική περίθαλψη στους παραβάτες και επί πλέον ορίστηκε ότι θα πρέπει αυτή να παρέχεται από επαγγελματίες υγείας και όχι από σωφρονιστικούς υπαλλήλους. Ο μεγάλος αριθμός ατόμων που στο παρελθόν νοσηλεύονταν στο σύστημα ψυχικής υγείας, αλλά χρειαζόνταν θεραπεία στα κρατητήρια και στα καταστήματα κράτησης, καθώς και οι ριζικές μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν, οδήγησαν στην υιοθέτηση της ψυχιατροδικαστικής εξειδίκευσης από επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως απάντηση στις εν λόγω κοινωνικές αλλαγές. Το 1992, μετά από αγώνες και διεκδικήσεις, οι κοινωνικοί λειτουργοί πέτυχαν την αναγνώρισή τους στο νομικό σύστημα της Αμερικής, μέσω επίσημης αδειοδότησης.

1.4.2 Η εξέλιξη της νομοθεσίας για την ψυχική υγεία στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, μέχρι τη δεκαετία του 1980, η μέριμνα για τους ψυχικά ασθενείς ήταν συνυφασμένη με την ίδρυση και τη λειτουργία των μεγάλων ψυχιατρείων, των

Ασύλων. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι «το δημόσιο σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας παρέμενε μονόπλευρα ιδρυματικό, βασισμένο στη λειτουργία μόνο παραδοσιακών ψυχιατρικών ιδρυμάτων και βρισκόταν σε απαράδεκτα επίπεδα σε σχέση με ό,τι ήταν ανθρωπιστικά και επιστημονικά αποδεκτό». Μέχρι την ίδρυση του πρώτου ψυχιατρείου, αυτού της Κέρκυρας το 1838 από την αγγλική αρμοσσία, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές που θεωρούνταν επικίνδυνα φυλακίζονταν ή κρατούνταν στα κατά τόπους αστυνομικά τμήματα και πιο συχνά στα τμήματα μεταγωγών. Η λειτουργία του «Δρομοκαΐτειου» Νοσοκομείου την 1/10/1857 αποτέλεσε ορόσημο για την ιστορία της Ψυχιατρικής στη χώρα μας. Δεχόταν ασθενείς οι οποίοι στην πλειοψηφία τους μπορούσαν να καταβάλλουν νοσήλιο. Το ίδιο ίσχυε και για το «Αιγινήτειο» από την ίδρυσή του το 1904, ενώ ένας αριθμός περιπλανώμενων και πενήτων «ψυχοπαθών» παρέμεναν στα υπόγεια αστυνομικών τμημάτων. Οι κοινωνικοπολιτικές συνθήκες στη χώρα μας οδήγησαν στη δημιουργία του μεγαλύτερου ψυχιατρείου της ελληνικής επικράτειας, του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών «Δαφνί», απόγονου του ασύλου της Αγίας Ελεούσας. Η Αποικία των ψυχοπαθών Λέρου ιδρύθηκε με Βασιλικά Διατάγματα στις 28/5/1957 και δέχθηκε τους πρώτους 300 ασθενείς στις 2/1/1958. Μετονομάστηκε σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου μετά την κατάληψη των εγκαταλελειμμένων κτηρίων των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών. Παράλληλα με την ίδρυση των Ασύλων επιχειρείται και η πρώτη νομοθετική ρύθμιση με τον Ν ΨΜΒ του 1862, που αποτελούσε μεταφορά του γαλλικού νόμου του 1838, προσαρμοσμένου στην ελληνική πραγματικότητα. Είχε πολλά πλεονεκτήματα, σαφείς διατάξεις, ενώ τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις ήταν επαρκώς καθορισμένα. Ρύθμιζε τις εισαγωγές-εξιτήρια, τις ατομικές ελευθερίες, τον έλεγχο των ιδρυμάτων, ποινές για τους υπαλλήλους που παραβίαζαν τα δικαιώματα των ασθενών. Ο νόμος αυτός αντικαταστάθηκε από τον Ν 104/73, ο οποίος είχε

στόχο την κάλυψη των κενών του ΨΜΒ, αλλά επηρεασμένος από τη γενικότερη πολιτική αντίληψη που επικρατούσε εκείνη την περίοδο στη χώρα μας περιείχε αναχρονιστικές διατάξεις με αρνητικούς χαρακτηρισμούς. Επί της ουσίας, όριζε ένα μοντέλο απομόνωσης και διά βίου εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων με άξονα μια σαφή αναφορά στην επικινδυνότητα· π.χ. στο άρθρο 50 ανέφερε ότι ο εισαγγελέας μπορούσε να διατάξει αυτεπάγγελτα τον εγκλεισμό όποιου κρινόταν επικίνδυνος. Υπό το φως των αποκαλύψεων στο ψυχιατρείο της Λέρου και την εμφάνιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, η ψήφιση του Ν 1397/83 δίνει έμφαση στην κοινωνική αποκατάσταση και στην επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Ένα έτος αργότερα αρχίζει η υλοποίηση του κανονισμού 815/84 από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) (τότε Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα [ΕΟΚ]), που σηματοδοτεί επίσημα την έναρξη της ελληνικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας. Η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου νομοθετικού πλαισίου εκφράστηκε με τον Ν 2071/92. Δίνεται πλέον σαφής προτεραιότητα στη θεραπευτική και όχι στη φυλακτική προσέγγιση σ' ό,τι αφορά στην ακούσια νοσηλεία, καθιστά σαφείς τις προϋποθέσεις επιβολής ακούσιας νοσηλείας, αρ. 95, παρ. 2, καθιερώνει εγγυήσεις δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας, παρέχει δικαιώματα στον νοσηλευόμενο, ορίζει ανώτατο όριο νοσηλείας.

Το 1999 ψηφίστηκε ο Ν 2716/99 περί «ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Αποτελεί σημαντική προσπάθεια βελτίωσης των αδυναμιών και των κενών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει άρθρα για την προστασία των ατομικών ελευθεριών, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ για πρώτη φορά αναφέρεται η δυνατότητα θεραπείας κάθε ασθενούς στην κοινότητα, θέτοντας τις βάσεις της τομεοποίησης. Τέλος, αναφέρει τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ακούσια νοσηλεία. Δύο σημαντικά

σημεία στα οποία η Ψυχιατρική διασταυρώνεται στην καθημερινή της πρακτική με το δίκαιο αφορούν στους ακαταλόγιστους ασθενείς και στη διαδικασία της δικαστικής συμπαράστασης. Οι σχετικές διατάξεις που αναφέρονται στους ακαταλόγιστους ασθενείς, οι οποίοι έχουν διαπράξει κάποια αξιόποινή πράξη, άρθρα 34, 69, 70 του ποινικού κώδικα (ΠΚ), προβλέπουν τον εγκλεισμό τους για φύλαξη σε ψυχιατρείο, ΨΝΑ, «Δρομοκαΐτειο» και ΨΝΘ. Ειδικότερα, το άρ. 34 χαρακτηρίζει έναν ασθενή που έχει διαπράξει κάποιο αδίκημα ως «ακαταλόγιστο» και τον απαλλάσσει λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών του λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, επειδή δεν είχε τη δυνατότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το σχετικό άδικο. Τα άρθρα 69 και 70 προβλέπουν ασφαλιστικά μέτρα: πρώτον θεραπείας και δεύτερον φύλαξης για ένα άτομο, δυνητικά επικίνδυνο. Στο άρθρο 70, παράγραφο 2 τονίζεται ότι «η φύλαξη συνεχίζεται για όσο χρονικό διάστημα το επιβάλλει η δημόσια ασφάλεια».

Τέλος, ο Ν 2447/96, άρθρο 13 περί «δικαστικής συμπαράστασης», αντικατέστησε τις προηγούμενες διατάξεις του αστικού κώδικα (ΑΚ) για «δικαστική αντίληψη και απαγόρευση». Σε αυτόν αναφέρεται ότι η δικαιοπραξία ενός ατόμου αίρεται, εν όλω ή εν μέρει ή αναφορικά με ορισμένες δικαιοπραξίες, με δικαστική απόφαση: (α) Όταν λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής ή εξ αιτίας σημαντικής αναπηρίας αδυνατεί εν όλω ή εν μέρει να φροντίζει μόνος του τις υποθέσεις του και (β) όταν λόγω ασωτίας, τοξικομανίας ή αλκοολισμού εκθέτει στον κίνδυνο της στέρησης τον εαυτό του, τη(τον) σύζυγό του, τους κατιόντες ή τους ανιόντες του.

Το νομικό πλαίσιο κάθε χώρας καλύπτει όλο το εύρος των ψυχιατροδικαστικών περιπτώσεων με σκοπό τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας του παραβάτη, και την ασφάλεια τόσο αυτού όσο και της κοινωνίας. Διακηρυγμένος σκοπός του κάθε μέτρου θεραπείας είναι η εξασφάλιση υψηλού επιπέδου θεραπείας

και η προστασία των θεμελιωδών αγαθών των δραστών. Ο ΟΗΕ συστήνει το ποινικό δίκαιο και οι ποινικές διαδικασίες να μην εφαρμόζονται στους ψυχικά πάσχοντες όπως στο γενικό πληθυσμό, με σκοπό την διασφάλιση των δικαιωμάτων των πρώτων.

Στην Ελλάδα, τα άρθρα 69, 70 και 70Α του Ποινικού Κώδικα αφορούν τα άτομα που απαλλάσσονται από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, ενώ οι παράγραφοι 9 έως και 13 των άρθρων 69 και 70Α του ΠΚ αφορούν τους κανόνες εκτέλεσης των μέτρων αυτών. Το άρθρο 34 του ΠΚ αφορά τον καταλογισμό του δράστη.

Σύμφωνα με το άρθρο 69 του ΠΚ, αν κάποιος που τέλεσε πράξη αξιόποινη, η οποία απειλείται με ποινή στερητική της ελευθερίας τουλάχιστον ενός έτους, απαλλάχθηκε από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, το δικαστήριο διατάσσει κατάλληλο για τη θεραπεία του μέτρο, εφόσον κρίνει ότι, εξαιτίας της κατάστασής του υπάρχει κατά τον χρόνο έκδοσής της απόφασης κίνδυνος αν αφεθεί ελεύθερος να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα. Η διάταξη της απόφασης που αφορά το θεραπευτικό μέτρο εκτελείται με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής, και αφορά όλα τα εγκλήματα κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας. Δεν ισχύει για τα εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας που δεν εμπεριέχουν χρήση βίας ή απειλή βίας.

Κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα κρίνονται: α) η νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, β) η νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου και γ) η υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού

ή γενικού νοσοκομείου. Οι προϋποθέσεις επιβολής του μέτρου βεβαιώνονται με μία τουλάχιστον πραγματογνωμοσύνη που διενεργείται αμέσως μετά τη σύλληψη και άλλη μία που διενεργείται όσο το δυνατόν πλησιέστερα στη δικάσιμο. Στις πραγματογνωμοσύνες προτείνεται και το τυχόν κατάλληλο μέτρο θεραπείας.

Σύμφωνα με τα άρθρα 70 και 70Α του ΠΚ, ο συνολικός χρόνος διάρκειας του θεραπευτικού μέτρου δεν μπορεί να υπερβαίνει τη χρονική διάρκεια του ανώτατου ορίου της ποινής που προβλέπεται στο νόμο για την πράξη που τέλεσε ο θεραπευόμενος. Το ίδιο δικαστήριο, κάθε έτος, αποφασίζει αν το θεραπευτικό μέτρο που έχει επιβληθεί πρέπει να εξακολουθήσει ή να αντικατασταθεί με άλλο. Η εκτέλεση του μέτρου γίνεται αμέσως μετά από την έκδοση της απόφασης, με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής.

Τα μέτρα που προβλέπονται στα παραπάνω άρθρα υπηρετούν θεραπευτικούς σκοπούς. Κατά την εφαρμογή τους λαμβάνονται υπόψη οι διεθνώς αναγνωρισμένοι κανόνες προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Καμία επιμέρους πράξη δεν πρέπει να προσβάλλει την αξιοπρέπεια του ατόμου ή να παραβιάζει την αρχή της αναλογικότητας (Άρθρο 9, ΠΚ). Η θεραπευτική αντιμετώπιση του ατόμου είναι εξατομικευμένη και περιλαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση, όπως φαρμακευτική αγωγή, ψυχολογική υποστήριξη ή ψυχοθεραπεία του ίδιου και της οικογένειάς του, εφόσον υπάρχει σχετική συναίνεση, ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ιδίως εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, ανάπτυξη δεξιοτήτων για αυτόνομη διαβίωση, διαβίωση με την οικογένεια ή διαβίωση σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κυρίως σε οικοτροφεία, ξενώνες, προστατευμένα διαμερίσματα ή ανάδοχη οικογένεια, απασχόληση σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς ή σε άλλους χώρους εργασίας. Η θεραπευτική αντιμετώπιση εξασφαλίζει συνεχή παρακολούθηση

και ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια εκτέλεσης των μέτρων, με στόχο την επίτευξη της κοινωνικής επανένταξης (Άρθρο 10, ΠΚ).

Το άρθρο 34 του ΠΚ ορίζει πως: «Η πράξη δεν καταλογίζεται στον δράστη αν, όταν την διέπραξε, λόγω νοσηρής διατάραξης των πνευματικών λειτουργιών ή διατάραξης της συνείδησης, δεν είχε την ικανότητα να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο». Ο Ποινικός Κώδικας δεν καθορίζει τι είναι η ικανότητα προς καταλογισμό, αλλά ποιοι είναι οι λόγοι εκείνοι που αποκλείουν ή ελαττώνουν αυτήν την ικανότητα, όπως και αναφέρονται αναλυτικά στα άρθρα 34 και 36 του ΠΚ. Επίσης, ο ισχύων ΠΚ αποδεχόμενος την άποψη ότι η ύπαρξη της ικανότητας προς καταλογισμό αποτελεί την κανονική περίπτωση καταλογισμού μίας άδικης πράξης στον δράστη, ακολουθεί τη ρύθμισή της με αρνητική μορφή, καθορίζοντας τις περιπτώσεις που υπάρχει ανικανότητα προς καταλογισμό. Έτσι, θα έλεγε κανείς πως η ικανότητα προς καταλογισμό εμφανίζεται ως μη-ανικανότητα για καταλογισμό.

2. ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ένα από τα κρισιμότερα σημεία συνάντησης της Ψυχιατρικής και του Δικαίου, είναι αυτό της αναγκαστικής νοσηλείας. Υπό το πρίσμα του νόμου, η αναγκαστική νοσηλεία γίνεται αποδεκτή μόνο όταν ένα ψυχικά πάσχον άτομο απειλεί να προξενήσει βλάβη στους άλλους ή στον εαυτό του, δηλαδή τηρεί το «κριτήριο της επικινδυνότητας». Από την άλλη μεριά, η ιατρική επικεντρώνεται στην ανάγκη για θεραπεία, και αυτή από μόνη της αποτελεί επαρκή προϋπόθεση (Χριστοδούλου, Ε., και Ρίζος, Ε., 2008).

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Στα μέσα του 17^{ου} αιώνα, παρατηρείται για πρώτη φορά σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης, η απομάκρυνση των «φρενοβλαβών» ατόμων από την υπόλοιπη κοινότητα, σε απομακρυσμένα άσυλα. Η κράτησή τους εκεί δεν στόχευε στη θεραπεία τους, αλλά στην προστασία της υπόλοιπης κοινωνίας από αυτούς.

Το 1862, εμφανίζεται στην Ελλάδα ο πρώτος νόμος «περί συστάσεως φρενοκομείων». Βάσει αυτού και μετά από περιγραφή και αιτιολόγηση της ψυχικής νόσου, μπορούσε να επιτραπεί ο εγκλεισμός και η θεραπεία ενός ατόμου σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. Ο νόμος αυτός παρέμεινε σε ισχύ μέχρι και τον Αύγουστο του 1973, οπότε και τέθηκε σε εφαρμογή ο νόμος 104/73 «περί ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων». Με αυτόν τον νόμο, εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια της αναγκαστικής νοσηλείας, για την οποία μπορεί να γίνει αίτηση από οποιονδήποτε προς τον εισαγγελέα, ο οποίος και να διατάξει την εξέταση του ασθενούς σε δημόσιο νοσοκομείο. Σε αυτή τη χρονική περίοδο, ο ψυχικά ασθενής αντιμετωπίζεται ως άτομο με λιγοστά δικαιώματα. Αν, τελικά, ο εξειδικευμένος ψυχίατρος με τη διεπιστημονική ομάδα κρίνει ότι το άτομο χρήζει νοσηλείας, ο ασθενής εισάγεται στο ψυχιατρείο με ακαθόριστο χρόνο παραμονής. Έτσι πλέον επικράτησαν τα ψυχιατρεία ως άσυλα.

Το 1992, συντάσσεται ο νόμος που ισχύει μέχρι και σήμερα, με τίτλο «εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας», στον οποίο τα άρθρα 94 έως και 100 καθορίζουν τις παρακάτω προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας και θεραπείας:

1. Ο ασθενής πρέπει να πάσχει από ψυχική διαταραχή

2. Παράλληλα να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του
3. Η νοσηλεία του να συνεπάγεται ή την μη θεραπεία του ή την επιδείνωση της υγείας του ή να είναι απαραίτητη προκειμένου να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτων

Με τον ίδιο νόμο ορίζεται επίσης ότι «η αδυναμία ή άρνηση του ατόμου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί ψυχική νόσο».

Η εφαρμογή των αναγκαστικών μέτρων στη φροντίδα της ψυχικής υγείας προϋποθέτει τον σεβασμό των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ώστε τα μέτρα να μην αντιβαίνουν στην Ευρωπαϊκή Συνθήκη, την οποία έχει κατοχυρώσει η Ελλάδα μαζί με άλλα ευρωπαϊκά κράτη. Δύο βασικές αρχές υπαγορεύουν την ακούσια νοσηλεία: α. να περιθάλπει τα άρρωστα μέλη της με πρωτεύοντα στόχο τη θεραπεία, όπως οι γονείς φροντίζουν τα παιδιά τους και β. να προστατεύει τους άλλους πολίτες από δυνητικά επικίνδυνους ψυχικά ασθενείς. Διασφαλίζεται, επίσης, ότι οι συνθήκες νοσηλείας θα εξυπηρετούν τις ανάγκες θεραπείας του ασθενούς και η μεταφορά του στο ψυχιατρικό νοσοκομείο θα πρέπει να γίνεται υπό συνθήκες σεβασμού της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειάς του.

2.2 Παρενέργειες της ακούσιας νοσηλείας

Η ακούσια νοσηλεία και ως εκ τούτου η ακούσια θεραπεία βιώνεται ως μια έντονα αποδυναμωτική εμπειρία από τα άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο και φαίνεται να προκαλεί έντονο στιγματισμό. Σε σχετική έρευνα 186 ατόμων με βαριά ψυχική νόσο και ιστορικό προηγούμενης αναγκαστικής νοσηλείας, αποδείχθηκε η ντροπή και ο αυτό-στιγματισμός ως οι κύριες συναισθηματικές αντιδράσεις στην ακούσια

νοσηλεία. Επιπροσθέτως, οι συναισθηματικές και γνωστικές αντιδράσεις στην ακούσια νοσηλεία βρέθηκαν να καθορίζουν περισσότερο την συναισθηματική ποιότητα της ζωής των ασθενών κατά την διάρκεια και μετά το πέρας της αναγκαστικής νοσηλείας, από την εμπειρία της ακούσιας νοσηλείας αυτή κάθε αυτή (Rusch N. et al., 2013).

Οι Fulcher και Stert (1985) παραθέτουν στρεσογόνους παράγοντες που προκύπτουν από την αναγκαστική νοσηλεία, μερικοί εκ των οποίων είναι η αντιμετώπιση των ασθενών με αυστηρούς και καθόλου ευέλικτους κανόνες, ο διαχωρισμός τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο, οι λειψές σχέσεις με τους υπόλοιπους ασθενείς και επόπτες, οι στριμωγμένοι χώροι και οι ασυνήθιστοι ήχοι. Είναι, λοιπόν, κατανοητό ότι σε τέτοια πλαίσια η Εργοθεραπεία είναι επιτακτική ανάγκη.

3. ΚΑΤΑΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΓΚΛΗΜΑ

Ένα μεγάλο κομμάτι της Ψυχιατροδικαστικής που απασχολεί νομικούς, ψυχιάτρους και εγκληματολόγους είναι η διάπραξη βίαιων εγκλημάτων από ψυχικά ασθενείς και άτομα με νοητική καθυστέρηση.

Κατά τον 18^ο και 19^ο αιώνα, πολλοί γιατροί προσπάθησαν να συσχετίσουν συγκεκριμένες παθήσεις ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου με την διάπραξη συγκεκριμένων εγκλημάτων, με σκοπό να σκιαγραφήσουν τους «επικίνδυνους χαρακτήρες» και να προστατεύσουν την κοινωνία από αυτούς. Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα μέχρι και σήμερα, οι περισσότερες έρευνες μελετούν ποσοτικά τα παραπτώματα από ψυχιατρικά ασθενείς, με σκοπό την περίθαλψη των ψυχικά πασχόντων και την προστασία της κοινωνίας, ενώ παράλληλα αποδέχονται ότι δεν υπάρχουν «επικίνδυνοι χαρακτήρες», αλλά τα βίαια ξεσπάσματα αποτελούν

αποτέλεσμα της σύμπραξης περιβαλλοντικών, γενετικών, ατομικών και κοινωνικών παραγόντων.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το ισχύον νομικό πλαίσιο, η ψυχιατρική διαταραχή λαμβάνεται υπόψη, μόνο εάν κατά τη δικαστική διερεύνηση μιας αδικηματικής πράξης, η διαταραχή είναι ενεργή και ο δράστης εμφανίζει χαρακτηριστικά που υποδεικνύουν ότι «δεν ήταν σε θέση να αντιληφθεί το άδικο της πράξης του ή να ενεργήσει σύμφωνα με την αντίληψή του για το άδικο αυτό» (άρθρο 34 ΠΚ). Με νομικούς όρους, αίρεται η ικανότητα του δράστη προς καταλογισμό της πράξης. Εκτός από την έλλειψη καταλογισμού υπάρχει και η κατάσταση μειωμένου καταλογισμού, δηλαδή «αν εξαιτίας κάποιας από τις ψυχικές διαταραχές που αναφέρονται στο άρθρο 34, δεν έχει εκλείψει εντελώς, μειώθηκε όμως σημαντικά η ικανότητα για καταλογισμό ...» (άρθρο 36, παρ. 1 ΠΚ). Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι δράστες υποχρεώνονται να νοσηλευτούν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ή άλλο πλαίσιο ψυχιατρικής μέριμνας σύμφωνα με το άρθρο 69ΠΚ ώστε να λάβουν την κατάλληλη φροντίδα.

Τα νομοθετικά αυτά σχόλια είναι πολύ σημαντικά, καθώς κάποια ψυχική διαταραχή είναι δυνατόν να εμφανισθεί και μετά την διάπραξη του αδικήματος, όπως επίσης και να προϋπάρχει του αδικήματος αλλά να μην σχετίζεται με αυτό (Διαούρτα-Τσιτουρίδη Μ., 2008).

4. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΦΥΛΑΚΗ

Διεθνής έρευνα δείχνει ότι στις ευρωπαϊκές φυλακές, το ποσοστό των φυλακισμένων που πάσχουν από μία ή και περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι αξιοσημείωτα μεγάλο. Πολλοί από αυτούς έχουν ήδη διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή προτού μπουν στη φυλακή, ενώ άλλοι εμφανίζουν σημάδια ψυχικής

δυσλειτουργίας κατά τη διάρκεια της ποινής τους. Παράλληλα, τα παγκόσμια δεδομένα είναι αρκετά ξεκάθαρα: από τους συνολικά εννέα (9) εκατομμύρια φυλακισμένους σε όλο τον κόσμο, τουλάχιστον ένα (1) εκατομμύριο πάσχουν από μια σημαντική ψυχική διαταραχή, ενώ ένας ακόμα μεγαλύτερος αριθμός πάσχει από πιο σύνηθες διαταραχές όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει συννοσηρότητα με διαγνώσεις όπως διαταραχές της προσωπικότητας, αλκοολισμός και εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (WHO, 2007). Συγκεντρωτικά, υπολογίζεται ότι 60-65% των κρατουμένων σε φυλακές σε όλη την Ευρώπη πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή ή/και από εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες (Blaaw, E. & van Marle, H.J.C., 2007).

Το περιβάλλον της φυλακής είναι από τη φύση του επιβλαβές όσον αφορά την προστασία και διατήρηση της ψυχικής υγείας των κρατουμένων. Ο σχεδιασμός της δομής της φυλακής προηγείται των αναγκών των κρατουμένων, με αποτέλεσμα συχνά τα κτήρια να είναι ελλιπώς κατασκευασμένα, με ελάχιστους πόρους και κακή διαχείριση. Πιο συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ μαζί με την Διεθνή Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού, αναφέρουν ότι το αυξημένο ποσοστό των ψυχικών ασθενών στις φυλακές μπορεί να σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως με την ευρέως διαδεδομένη ιδέα ότι όλοι οι ψυχιατρικά διαταραγμένοι άνθρωποι είναι επικίνδυνοι για την κοινωνία, με την αποτυχία της προώθησης της θεραπείας, της φροντίδας και της επανένταξης και πάνω από όλα με την έλλειψη πρόσβασης ή την φτωχή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πολλές χώρες (WHO-ICRC, 2007).

Δυστυχώς, στα πλαίσια κράτησης των παραβατών, η μέριμνα για θέματα ψυχικής υγείας είναι ελλιπής. Άνθρωποι που έχουν ανάγκη από θεραπεία και φροντίδα κρατούνται σε ακατάλληλα μέρη με περιορισμένη βοήθεια. Συγκεκριμένη

αναφορά γίνεται για τα άτομα με εξάρτηση στο αλκοόλ ή/και σε άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.

Υπάρχουν ισχυρά αποδεικτικά στοιχεία ότι η πλειοψηφία των εγκλημάτων που περιέχουν βία διαπράττονται από άτομα που βρίσκονται υπό την επήρεια αλκοόλ ή/και ψυχοδραστικών ουσιών (Koh KG, Gwee KP, Chan YH., 2006, Mulvey EP, Odgers C, Skeem J et al., 2006, Jayaraman A, Frazer J., 2006, Bourget D, Gagne P., 2006). Η διαταραχή χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών αποτελεί την νούμερο ένα ασθένεια με την οποία υπάρχει συνοσυρρότητα σε ασθενείς τόσο στα πλαίσια κράτησης παραβατών όσο και στις δομές ψυχικής υγείας (Durand MA, Lelliott P, Coyle N., 2006, Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, et al., 2006, Huchzermeier C, Bruss E, Godt N, Aldenhoff J., 2006, Fakhoury WK, Priebe S, 2006, Gendel MH., 2006).

5. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Αυτοκτονία ορίζεται ως η πράξη κατά την οποία ένα άτομο αφαιρεί σκοπίμως την ίδια του την ζωή. Πριν από αυτό, όμως, προηγείται ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Οι σκέψεις, δηλαδή, που αφορούν μια πράξη αυτοκαταστροφής, συμπεριλαμβανομένων και των σκέψεων πριν την πράξη, τον σχεδιασμό (που, πότε, με ποιο μέσο κλπ.) καθώς και των σκέψεων που αφορούν τις επιρροές που θα έχει ο θάνατος του ατόμου σε άλλους.

Η αυτοκτονία καταλαμβάνει την 10^η θέση παγκοσμίως μεταξύ των πιο συχνών τρόπων θανάτου (Hawton K, van Heeringen K., 2009, Varnik P., Miller M., Azrael D., Barber C., 2012). Επιδημιολογικά, περίπου 800.000 άτομα τερματίζουν τη ζωή τους σκοπίμως ενώ πολλοί ακόμα αποπειρώνται αυτοκτονία κάθε χρόνο (WHO. Suicide data). Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, από τα οποία εξαιρούνται η Κίνα και η Ινδία, οι

περισσότεροι θάνατοι οφειλόμενοι σε αυτοκτονία φαίνεται να αφορούν άντρες παρά γυναίκες (Aaron et al., 2004), με αναλογία που υπολογίζεται περίπου 4 προς 1 (Mann et al., 2003). Επιπροσθέτως, ανά 10-20 απόπειρες αυτοκτονίας συμβαίνει και 1 θάνατος (Mann et al., 2003). Στην Ελλάδα, οι αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί διακριτά στην περίοδο μεταξύ 2009 και 2015. Ιστορικά υψηλά το ρεκόρ φτάνει το διάστημα 2014 με 2015, παρόλα αυτά παραμένει σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (Arie S., 2013, Fountoulakis KN, 2016, Economidou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C., 2013). Η Ελλάδα ανήκει στην ομάδα χωρών με χαμηλό δείκτη αυτοκτονιών, με 5 περιπτώσεις αυτοκτονίας ανά 100.000 κατοίκους και 526 απόπειρες αυτοκτονίας τον χρόνο (World Population Review. Suicide rate by country, 2019).

5.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία της έννοιας της αυτοκτονίας ξεκινάει από την Αρχαία Ελλάδα, που αναγνωριζόταν ως μια πράξη αρνητικού χαρακτήρα και βλάσφημου προς τους θεούς. Μαθηματικοί και φιλόσοφοι, όπως ο Πλάτωνας και ο Πυθαγόρας, καταγράφουν την αυτοκτονία ως έναν παράγοντα που θα επιφέρει ανισορροπία στο σύμπαν, καθώς ο θάνατος μπορούσε να επέλθει μόνο όποτε επιθυμούσαν οι θεοί.

Στην κλασική εποχή, στην Ρώμη, μερικούς αιώνες πριν την εποχή του Χριστού, η ζωή δεν ήταν καθόλου ακριβή. Μια επιτυχής απόπειρα αυτοκτονίας είτε περνούσε απαρατήρητη, είτε θεωρούνταν κοινωνικά ωφέλιμη και θετική. Περισσότερη σημασία δινόταν σε μια υγιή και σύντομη ζωή, παρά σε μια μακροσκελή και ασθενή. Έτσι, ένα ασθενές άτομο ήταν πιο ευνοϊκό να πεθάνει με τη δική του θέληση, παρά να ζήσει άρρωστο.

Στα πρώτα χρόνια της επικράτησης του χριστιανισμού, οι Πατέρες ξεκίνησαν να συσχετίζουν την αυτοκτονία με την αμαρτία, καθώς πολλοί μάρτυρες αυτοκτονούσαν με σκοπό να βρεθούν πιο κοντά στον θεό. Στην πραγματικότητα, η αυτοκτονία θεωρούταν μια από τις μεγαλύτερες αμαρτίες, αφού παραβίαζε την έκτη από τις δέκα εντολές του Ιησού: «Μη φονεύσεις». Η αυτοκτονία θεωρείται επίσης αμαρτία και στην Εβραϊκή κοινότητα.

Στις αρχές του 14^{ου} αιώνα η προοπτική για την αυτοκτονία αρχίζει να αλλάζει μέσα από τα έργα μεγάλων καλλιτεχνών. Για παράδειγμα, στα έργα του Shakespeare μπορεί κανείς να βρει συνολικά 52 περιστατικά αυτοκτονίας. Αργότερα, κατά την αναγέννηση, οι φιλόσοφοι προσπαθούν να αποδεσμεύσουν την απόπειρα αυτοκτονίας από το «διαβολικό». Παράλληλα, επιχειρούν να μεταφέρουν την ευθύνη από το άτομο στην κοινωνία, και να αναδείξουν την αυτοκτονία ως δικαίωμα του ανθρώπου.

Κατά τον 20^ο αιώνα, στον τομέα της αυτοκτονικότητας, επικρατούν κυρίως οι απόψεις δύο μεγάλων προσωπικοτήτων: του Durkheim και του Freud. Ο Durkheim στο έργο του *Suicide* (1951) εστιάζει στα εχθρικά αποτελέσματα της κοινωνίας προς το άτομο, ενώ ο Freud αποφεύγοντας τις αναφορές της αυτοκτονίας ως αμαρτία ή έγκλημα, επιστρέφει την ευθύνη της πράξης πίσω στο άτομο αλλά τοποθετεί την πράξη στο ασυνείδητο.

Σήμερα, τα θέματα που αφορούν την αυτοκτονία μελετώνται από επιστήμονες διαφόρων κλάδων σε όλο τον κόσμο, και η επιστήμη αναφέρεται ως αυτοκτονιολογία. Σε μια απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία αναγνωρίζονται, πια, πολλοί παράγοντες που μπορεί να ώθησαν το άτομο στην εκτέλεσή της, ενώ παράλληλα η πράξη αποδομείται σε επιμέρους στοιχεία.

5.2 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Η αυτοκτονικότητα και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές σε ένα άτομο επηρεάζονται τόσο από παράγοντες κινδύνου όσο και από προστατευτικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι εγγύς ή απόμακροι και τροποποιήσιμοι ή μη τροποποιήσιμοι, συνυπάρχουν όμως επηρεάζοντας την ύπαρξη κινδύνου διάπραξης αυτοκτονίας ή ύπαρξης αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ένα άτομο. Κανένας παράγοντας δεν λειτουργεί μεμονωμένα και δεν μπορεί να οδηγήσει μόνος του το άτομο στην αυτοκτονία. Επίσης, δεν είναι όλοι οι παράγοντες εξίσου ισχυροί.

Προστατευτικοί παράγοντες είναι οι εμπειρίες και τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου που φαίνεται να μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών ή αυτοκτονίας, και να αυξάνουν την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται το άγχος και τις δοκιμασίες της καθημερινής ζωής. Αυτοί χωρίζονται σε εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η ικανότητα να αναγνωρίσει κάποιος λόγους για να ζήσει αποτελεί έναν εσωτερικό παράγοντα, ενώ ένα ισχυρό δίκτυο υποστηρικτικών ατόμων, η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν εξωτερικούς προστατευτικούς παράγοντες (Chehil, S., Kutcher, S., 2012).

Οι παράγοντες κινδύνου που αφορούν την εκδήλωση αυτοκτονικότητας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, από την άλλη, διακρίνονται στους εξής: ψυχολογικοί, γενετικοί και βιολογικοί, κοινωνικοί παράγοντες.

A. Ψυχική Διαταραχή

Η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου στην εμφάνιση αυτοκτονικότητας. Πάνω από το 90% των θυμάτων

αυτοκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας πάσχουν από διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, η οποία κατά 60% είναι πιθανόν να αποτελεί διαταραχή της διάθεσης, και κατά 40% μπορεί να είναι άλλη ψυχική διαταραχή όπως σχιζοφρένεια, διαταραχή χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών ή διαταραχή της προσωπικότητας. Παρόλα αυτά, ακόμα και οι ασθενείς που βρίσκονται στις κατηγορίες των ψυχικών νόσων υψηλού κινδύνου αυτοκτονικότητας, δεν αποπειρώνται αυτοκτονία αν δεν υπάρχει προδιάθεση, γεγονός που αποδεικνύει ότι η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής δεν αποτελεί μεμονωμένο παράγοντα στην αυτοκτονικότητα (Mann J. et al, 2003). Δηλαδή, η αυτοκαταστροφικότητα εμφανίζεται σε έναν ασθενή με ψυχική νόσο που έχει προδιάθεση.

Όσον αφορά τις διαταραχές της διάθεσης, υπολογίζεται ότι το 50% των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κάποια μορφή κατάθλιψης. Επιπλέον, η ύπαρξη διαταραχής της διάθεσης αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας κατά 20 φορές. Η εξάρτηση από το αλκοόλ σχετίζεται με περίπου 25-50% των αυτοκτονιών και φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την εμφάνιση καταθλιπτικού επεισοδίου που θα οδηγήσει σε αυτοκτονία. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός και οι απόπειρες αυτοκτονίας σχετίζονται, επίσης, άμεσα με τις αγχώδεις διαταραχές και αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας κατά 6-10% (Chehil, S., Kutcher, S., 2012).

B. Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες

Το φύλο, η ηλικία, το γενετικό υπόβαθρο του ατόμου και άλλες βιολογικές νόρμες φαίνεται να διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην αυτοκτονικότητα. Με γνώμονα την ηλικία, τα ποσοστά αυτοκτονιών αυξάνονται κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής, τη μέση ενήλικη ζωή και έπειτα μετά τα 70 χρόνια του ατόμου. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι αυτοκτονίες φαίνεται να

διαπράττονται συχνότερα από άνδρες παρά από γυναίκες, αυτό όμως ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι ο άντρες επιλέγουν τρόπους αυτοκτονίας που φέρνουν άμεσο και μη αναστρέψιμο θάνατο (π.χ. απαγχονισμός), ενώ οι γυναίκες επιλέγουν λιγότερο βίαιους τρόπους (π.χ. υπερβολική δόση), οι οποίοι και επιτρέπουν την ευκαιρία διάσωσης (Chehil, S. and Kutcher, S., 2012) .

Άλλοι βιολογικοί παράγοντες όπως η διάγνωση μιας ανίατης ασθένειας μπορεί να αποτελέσει βασικό παράγοντα κινδύνου, καθώς διπλασιάζει την πιθανότητα για αυτοκτονία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Chehil, S. and Kutcher, S., 2012). Παθολογίες που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα μπορεί να πυροδοτήσουν κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό, ενώ παράλληλα να καταστείλουν τους μηχανισμούς άμυνας που θα λειτουργούσαν ώστε να αποτρέψουν το άτομο από την αυτοκτονία (Mann et al, 2003). Τέλος, έρευνες δείχνουν ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά συνδέεται με παράγοντες κληρονομικότητας (π.χ. ιστορικό αυτοκτονίας συγγενή πρώτου βαθμού) (Chehil, S. and Kutcher, S., 2012).

Ο τρόπος που το άτομο σχετίζεται και αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο θα ανταποκριθεί στις αντιξοότητες της ζωής. Δεν υπάρχει «αυτοκτονικός» χαρακτήρας, όμως η ικανότητα να χειρίζεται κάποιος τον συναισθηματικό και ψυχολογικό πόνο, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, οι αντιδράσεις στο στρές και η ικανότητα χρησιμοποίησης εσωτερικών και εξωτερικών πόρων για την αντιμετώπιση κρίσεων μπορούν να περιορίσουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αντίθετα, η απελπισία και η παρορμητικότητα αποτελούν τα δομικά στοιχεία της προδιάθεσης για εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς και φαίνεται να έχουν βιολογική διάσταση. Πιο συγκεκριμένα, η απελπισία και η παρορμητικότητα σχετίζονται με διαταραχή της σεροτονινεργικής λειτουργία στον κοιλιακό προμετωπιαίο λοβό. Η διαταραχή της

σεροτονινεργικής διαβίβασης σχετίζεται με άρση της αναστολής αυτοκτονικών συμπεριφορών και εν τέλει προκύπτει μεγαλύτερη ροπή σε πράξεις αυτοκτονίας ή σε επιθετικά συναισθήματα. Η επιθετικότητα σχετίζεται άμεσα με την αυτοκτονική συμπεριφορά, και παράλληλα η επιθετικότητα και η αυτοκτονική συμπεριφορά σχετίζονται ανεξάρτητα με μειωμένη σεροτονινεργική νευροδιαβίβαση (Mann et al., 2003).

Γ. Κοινωνικοί παράγοντες

Τα αρνητικά γεγονότα της ζωής, οι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες, η φτωχή ψυχοκοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική περιθωριοποίηση, η κοινωνική αποτυχία, η μοναξιά, η ανεργία, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είναι μερικά παραδείγματα κοινωνικών παραγόντων κινδύνου που αφορούν την αυτοκτονικότητα. Φυσικά, τίποτα από τα παραπάνω δεν λειτουργεί αυτόνομα, ούτε ανεξάρτητα από την ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής. Αντιθέτως, μια ψυχική διαταραχή μπορεί να οδηγήσει σε διαζύγιο, σε ανεργία, ή γενικότερη κοινωνική αποτυχία, προσθέτοντας επιπλέον άγχος στον ασθενή που πιθανώς μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Συνεπώς, είναι δύσκολο να διαχωριστούν οι κοινωνικοί παράγοντες από την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής ή τους υπόλοιπους παράγοντες (Mann J. et al, 2003).

Ιδιαίτερα όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονίας κατά την εφηβική και πρώιμη ενήλικη ζωή, ο αυξημένος κίνδυνος παρατηρείται σε άτομα που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Gunnell D.J. et al, 1995). Επίσης, υψηλά ποσοστά αυτοκτονικότητας παρατηρούνται σε παιδιά που βιώνουν έντονες και βίαιες καταστάσεις στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Gould M.S. et al, 1998). Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι η προβολή βίαιων σκηνών στις ειδήσεις και στα

προγράμματα της ζώνης υψηλής ακροαματικότητας φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση αυτοκτονικής συμπεριφοράς στους εφήβους (Mann J. et al, 2003).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω καταλαβαίνει κανείς πως η αυτοκτονικότητα αποτελεί ένα περίπλοκο και πολυπαραγοντικό θέμα που δεν αφορά μόνο το άτομο και τον στενό οικογενειακό του κύκλο, αλλά ολόκληρη την κοινότητα. Ενδιαφέρον έχει το μοντέλο του Mann και των συνεργατών του Προδιάθεση-Στρες (stress–diathesis model of suicidal behaviour), στο οποίο αναλύεται η θέση της προδιάθεσης ενός ατόμου για αυτοκτονία. Επισημαίνεται ότι η ψυχική διαταραχή ή μια ψυχοκοινωνική κρίση μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονικό ιδεασμό, όμως μόνο αν υπάρχει προδιάθεση, δηλαδή συναισθήματα απελπισίας ή απαισιοδοξίας ή παρορμητικότητα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός θα γίνει πράξη, δηλαδή απόπειρα αυτοκτονίας ή αυτοκτονία.

5.3 Η θέση της Ψυχιατροδικαστικής στην αυτοκτονικότητα

Η συνεισφορά του τομέα της Ψυχιατροδικαστικής στην αυτοκτονικότητα λαμβάνει χώρα σε δύο διαφορετικά μέτωπα: την πρόληψη και την έκτακτη παρέμβαση. Στη σωστή πρόληψη ενισχύονται οι προστατευτικοί παράγοντες και μελετώνται οι παράγοντες κινδύνου ώστε να αντιμετωπιστούν ή να αποδυναμωθούν. Όταν, όμως, πρόκειται για ασθενή με ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό, τότε η κατάσταση κρίνεται επείγουσα. Ο ψυχίατρος αναλαμβάνει να αξιολογήσει τον ασθενή με σκοπό να αποφασίσει εάν θα νοσηλευθεί ενδονοσοκομειακά (εκούσια ή ακούσια) ή θα γίνει άλλη παρέμβαση (π.χ. Μονάδα παρέμβασης σε κρίση) (Χαβάκη-Κονταξάκη M.I., 2008).

ΕΝΟΤΗΤΑ Β

1. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

1.1 Ορισμοί

Η Εργοθεραπεία ανήκει στις επιστήμες υγείας και πρόνοιας. Βασικό στόχο της έχει να καταστήσει τα άτομα ικανά να εκτελούν και να συμμετέχουν στα έργα της καθημερινής τους ζωής που έχουν ανάγκη να κάνουν, που επιθυμούν να κάνουν ή/και που απαιτούνται να κάνουν. Μέσα από τη συμμετοχή σε έργα, η Εργοθεραπεία θεωρεί ότι υποστηρίζεται η υγεία, η ευημερία και η γενικότερη συμμετοχή των ατόμων στη ζωή (ΑΟΤΑ, 2014, Wilcock, 2006, World Federation of Occupational Therapists, 2010a). Πιο συγκεκριμένα, με την ενεργή συμμετοχή των ατόμων στα έργα της καθημερινής ζωής, τα άτομα αναπτύσσονται, βιώνουν την ύπαρξή τους και την ταυτότητά τους, βελτιώνουν την υγεία τους και αποκτούν μια ζωή με νόημα (ΑΟΤΑ, 2013a, Boyt Schell, Gillen, Scaffa & Cohn, 2014, Clark, Wood & Larson, 1998, Law, Seiwender & Leclair, 1998, Wilcock 2006). Με τον όρο έργα, η Εργοθεραπεία αναφέρεται σε όλες εκείνες τις καθημερινές δραστηριότητες που κάνουν τα άτομα είτε ως μονάδες είτε μαζί με άλλους, οι οποίες γεμίζουν τον χρόνο τους, δίνουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους και αντανakλούν την ταυτότητά τους. (World Federation of Occupational Therapists, 2012). Πρωταρχικός στόχος ενός εργοθεραπευτή είναι η εκτέλεση του έργου και η συμμετοχή των ατόμων στα έργα της καθημερινής τους ζωής.

Η Εργοθεραπεία παρέχεται σε άτομα, ομάδες, κοινότητες ή πληθυσμούς οποιασδήποτε ηλικίας που παρουσιάζουν ή είναι σε κίνδυνο να παρουσιάσουν προσωρινή ή μόνιμη δυσλειτουργία έργου, εξαιτίας οποιασδήποτε ασθένειας, τραύματος, διαταραχής, ανικανότητας, αναπηρίας ή εξαιτίας δυσμενών

περιβαλλοντικών παραγόντων (ΑΟΤΑ, 2014, Boyt Schell, Scaffa, Gillen % Cohn, 2014, WFOT, 2010a).

1.2 Η Εργοθεραπεία στην Ψυχιατροδικαστική

Τα τελευταία χρόνια, έχει σημειωθεί αύξηση της εμπλοκής διαφόρων επιστημονικών κλάδων της ψυχικής υγείας τόσο στην αξιολόγηση, όσο και την θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών, καθώς το νομικό πλαίσιο της χώρας μας σε συνεργασία με τους ψυχιατροδικαστές στοχεύουν στην ενδυνάμωση του ατόμου ενδιαφέροντος τους όσον αφορά την εξάσκηση της αυτοσυγκράτησης και του αυτοελέγχου. Φυσικά, ο τομέας της Ψυχιατροδικαστικής είναι αρκετά νέος και συχνά εξελισσόμενος. Έτσι, η επιστήμη της Εργοθεραπείας βρίσκει γόνιμο έδαφος για να σπείρει τους καρπούς της οι οποίοι θα δομήσουν έναν σταθερό κορμό που θα αφορά την αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχιατρικών ασθενών και παραβατών στην κοινωνία.

Τα πεδία εφαρμογής της Εργοθεραπείας στα πλαίσια της Ψυχιατροδικαστικής παρατηρούνται σε δομές κλειστής νοσηλείας, ειδικές θεραπευτικές μονάδες, ψυχοκοινωνικές μονάδες επανένταξης και ψυχοκοινωνικής εκπαίδευσης, φυλακές και οικοτροφεία. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται είναι δυνατόν να βρίσκονται τόσο στην οξεία φάση της ψυχικής ασθένειάς τους, όσο και στη μακροχρόνια θεραπεία της.

Η εφαρμογή στόχο-κατευθυνόμενων δραστηριοτήτων στο θεραπευτικό πλάνο είναι αυτό που ξεχωρίζει την επιστήμη της Εργοθεραπείας από τις υπόλοιπες επιστήμες που σχετίζονται με την Ψυχιατροδικαστική. Ο ρόλος της είναι να διευκολύνει την εμπλοκή του ατόμου σε νοηματοδοτημένες για αυτό δραστηριότητες μέσα στο περιβάλλον που βρίσκεται. Βελτιώνοντας την ικανότητα του ατόμου να

προσαρμόζεται και να διαχειρίζεται το περιβάλλον, σύμφωνα με τις δραστηριότητες και τους ρόλους που αναλαμβάνει μέσα σε αυτό, η Εργοθεραπεία ενθαρρύνει το άτομο να επιτύχει τους προσωπικούς του στόχους.

2.Η ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Στον ισχύοντα νόμο με τίτλο «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος υγείας», τα άρθρα 94 έως και 100 αναφέρονται στην ακούσια νοσηλεία και αναγκαστική θεραπεία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Οι τελευταίες αλλαγές στις παραγράφους του νόμου είναι απολύτως ευπρόσδεκτες. Συγκρινόμενη με την προηγούμενη νομοθεσία, η ισχύουσα ενδιαφέρεται περισσότερο για τις ανάγκες και τα δικαιώματα του ασθενή. Είναι αδύνατο πλέον να επιβάλλει κάποιος νοσηλεία και θεραπεία σε έναν ασθενή χωρίς εισαγγελική εντολή, γεγονός που σταματά τις κακές πρακτικές που αναιρούν δομικά δικαιώματα του πολίτη (π.χ. ελευθερία). Επιπλέον, ο ασθενής διατηρεί τα προσωπικά του δικαιώματα και έχει την δυνατότητα πλέον να επικοινωνεί με συγγενείς και φίλους κατά την διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας, καθώς και να συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες και να μην κρατείται χωριστά από τους ασθενείς που νοσηλεύονται εκούσια. Τέλος, αν η κατάσταση του ασθενή το επιτρέπει, έχει τη δυνατότητα να βγει έξω από το ψυχιατρικό νοσοκομείο σε οργανωμένες δραστηριότητες, καθώς και να επισκεφθεί το σπίτι του χωρίς συνοδεία. Όλα αυτά, όπως είναι φανερό, δίνουν μια πνοή ελευθερίας στις πρακτικές ενός εργοθεραπευτή που εργάζεται με ασθενείς που νοσηλεύονται ακούσια, καθώς έχει πλέον την δυνατότητα να προσαρμόσει τα έργα του κάθε ασθενή σε διάφορα περιβάλλοντα.

Η εφαρμογή, ωστόσο, της νομοθεσίας για την αναγκαστική νοσηλεία και ακούσια θεραπεία στην Ελλάδα χρησιμοποιείται ως η τελευταία λύση. Η χρονική

διάρκεια μεταξύ της αίτησης ενός κοντινού προσώπου του ασθενή για ακούσια νοσηλεία, μέχρι και της στιγμής που καλείται ο ασθενής για ψυχιατρική αξιολόγηση υπολογίζεται σε ένα ευρύ φάσμα μεταξύ μιας ημέρας και δύο εβδομάδων, ενώ σε εξαιρετικά σπάνια περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσει και πάνω από δύο εβδομάδες (Δουζένης, 2010). Η εισαγγελική αναφορά δίνεται από κάποιον συγγενή του ασθενή στο τοπικό αστυνομικό τμήμα, το οποίο οργανώνει μια κατ'οίκον επίσκεψη και μεταφορά του ατόμου σε νοσοκομείο για ψυχιατρική αξιολόγηση. Αυτό οδηγεί στον ασθενή να μετακινείται ακούσια από το σπίτι του σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο ή ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου υπό αστυνομική συνοδεία και μετά την ολοκλήρωση της αξιολόγησης να μεταφέρεται ξανά με ασθενοφόρο συνοδευόμενο από αστυνομικό όχημα σε ένα νοσοκομείο που θα έχει διαθέσιμο κρεβάτι. Το μεγάλο πρόβλημα, όμως, με τον ισχύοντα νόμο είναι ότι δεν παρέχει ένα επαρκές θεωρητικό πλαίσιο για την μετανοσηλευτική θεραπεία. Μετά το πέρας του χρόνου αναγκαστικής νοσηλείας, ο ασθενής δεν έχει καμία επίβλεψη, εκτός αν αναφέρεται σε κάποιο κέντρο ημέρας. Έτσι, το βάρος της μετανοσηλευτικής φροντίδας πέφτει συνήθως στην οικογένεια του ασθενή.

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάποια κεντρική υπηρεσία για την διατήρηση των επιδημιολογικών στοιχείων ακούσιας νοσηλείας. Μια σχετική έρευνα συγκεντρώνει τα στοιχεία από τα αρχεία των νοσοκομείων της περιοχής της αττικής, στα οποία λαμβάνει χώρα η ψυχιατρική αξιολόγηση των ασθενών πριν από την ακούσια νοσηλεία, κατά τα χρόνια 1979-1986, 1991 και 1997-1998. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των αξιολογήσεων αφορά άντρες (περίπου 60%-65% κάθε χρόνο) και ηλικίας μεταξύ 25-35 ετών (περίπου 43%). Περισσότερο από το ¼ των αξιολογηθέντων ατόμων είναι άνεργοι, ενώ συνολικά περίπου οι μισοί είναι ανύπαντροι. Η πλειοψηφία των αιτήσεων γίνεται από μέλος της οικογένειας (περίπου

85%) και ειδικότερα γονείς και σύζυγοι. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα είχαν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό (86%) από τους οποίους το 70% είχε νοσηλευθεί πάλι στο παρελθόν, ενώ το 16% είχε περισσότερες από 5 νοσηλείες πριν από την αξιολόγηση. Κατά την διάρκεια της αξιολόγησης το 42% των περιπτώσεων δεν είχε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή, το 44,5% είχε σταματήσει την φαρμακευτική αγωγή, ενώ το 6,8% έπαιρνε ακανόνιστα κάποια αγωγή και μόνο το 6,8% έπαιρνε σωστά την αγωγή. Οι κύριοι λόγοι παραπομπής για αξιολόγηση είναι επιθετική συμπεριφορά (37,5%), παραληρητική συμπεριφορά (37,3%), διαταραχή κατάχρησης ουσιών (7,1%) και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (2,5%). Από όλες τις περιπτώσεις που εξετάστηκαν, το 75,6% εισήχθησαν ακουσίως, και από τους ασθενείς αυτούς ο κύριος λόγος ήταν η επικινδυνότητα (42,4%) (Δουζένης, 2010).

Συμπερασματικά, η πλειοψηφία των ατόμων που εισάγεται ακουσίως σε ψυχιατρικές κλινικές στη χώρα μας είναι ψυχωτικοί, νέοι σε ηλικία και ο λόγος εισαγωγής τους είναι η επικινδυνότητα προς τρίτους. Φυσικά, η ύπαρξη προηγούμενων ψυχιατρικών νοσηλειών μπορεί να μεταβάλλει την προσέγγιση των θεραπειών. Για παράδειγμα, διαφορετική αντιμετώπιση απαιτεί ένα νέο άτομο που νοσηλεύεται για πρώτη φορά ακούσια μετά από το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, από έναν ασθενή με επαναλαμβανόμενες αναγκαστικές νοσηλείες. Σε κάθε περίπτωση, οι ανάγκες και οι φιλοδοξίες τους ασθενή αξιολογούνται και αναλύονται, με σκοπό ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο.

Στην Ελλάδα, παροχές ψυχικής υγείας και φροντίδας σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και άτομα που η περίπτωση τους εμπίπτει στη νομοθεσία της ακούσιας νοσηλείας, παρέχονται τόσο σε ειδικά τμήματα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου, όσο και σε ψυχιατρικά τμήματα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου. Το εργοθεραπευτικό πλάνο ακολουθεί τους κοινούς βηματισμούς:

αξιολόγηση, θέσπιση στόχων, εφαρμογή θεραπευτικού πλάνου, επαναξιολόγηση. Η διαφορά έγκειται στο είδος της θεραπείας (ατομική ή ομαδική) και στη χρονική διάρκεια (βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη), η οποία εξαρτάται από τη φάση της νόσου του ασθενή και το επιτρεπτό χρονικό όριο παραμονής του στο νοσοκομείο.

A. Αξιολόγηση

Κάθε εργοθεραπευτική διαδικασία ξεκινά με την αξιολόγηση του ασθενή, η οποία αποτελεί και την έναρξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενή και θεραπευτή. Η αξιολόγηση επιτυγχάνεται μέσα από συνέντευξη, κλινική παρατήρηση σε δομημένο ή μη δομημένο περιβάλλον και με δραστηριότητες που αφορούν διαφορετικούς τομείς έργων. Ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να αξιολογήσει τους λόγους που ώθησαν το άτομο στην συγκεκριμένη κατάσταση, τι σημαίνει για το ίδιο η επιτυχία και η αποτυχία, τι προσδοκίες έχει και κατά πόσο είναι εφικτές. Μετά από αυτό, ο θεραπευτής θα μπορέσει να χαρτογραφήσει τις περιοχές του κάθε ασθενή που επιδέχονται εργοθεραπείας.

Δευτερεύουσες πληροφορίες από συγγενείς, φίλους και άλλους θεραπευτές χρειάζεται να ακούγονται, αλλά δεν θα πρέπει να κατευθύνουν τη σκέψη του εργοθεραπευτή. Οι πληροφορίες και οι προηγούμενες αξιολογήσεις που ακολουθούν τον ασθενή από τυχόν προηγούμενα προγράμματα θεραπείας, νοσοκομεία ή δομές κράτησης κατά την έλευσή του στο νοσοκομείο χρειάζεται να επαληθεύονται αφού μπορεί να έχουν προκύψει αλλαγές.

Ο κάθε εργοθεραπευτής, ανάλογα με την επαγγελματική του εμπειρία και τον εξοπλισμό που παρέχει η δομή στην οποία ξεκινά ο ασθενής την θεραπεία του, επιλέγει το κατάλληλο εργαλείο αξιολόγησης. Ενδεικτικά, το εργαλείο αξιολόγησης The Activity Performance Outcomes Measure (APOM) είναι ειδικά σχεδιασμένο για

εργοθεραπευτές που εργάζονται στον τομέα της ψυχικής υγείας (Casteleijn, 2001). Καλύπτει οχτώ περιοχές της συμμετοχής του ατόμου σε έργα: Γνωστική ικανότητα, Συμπεριφορά και Επικοινωνία, Ισορροπημένη Ζωή, Χαρακτηριστικά της ζωής, Ρόλοι, Κίνητρο, Αυτοπεποίθηση και Συναίσθημα, και επιτρέπει στον εργοθεραπευτή να παρέχει αποδεικτικά πληροφοριακά στοιχεία στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση του ασθενή, καθώς και για την εγκυρότητα του εφαρμοσμένου θεραπευτικού πλάνου. Ένα, επίσης, ευρέως διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησης στον τομέα της ψυχικής υγείας αποτελεί η Καναδέζικη Κλίμακα Μέτρησης Εκτέλεσης Έργου (the Canadian Occupational Performance Measure, COPM), η οποία περιγράφεται ως μια πελατοκεντρική κλίμακα, κατάλληλη για την ανίχνευση προβλημάτων εκτέλεσης έργου, όπως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής για τον εαυτό του (Law et al., 2001).

B. Θέσπιση στόχων

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή είναι να εξασφαλίσει την εμπλοκή και ενεργή συμμετοχή του ατόμου στις δραστηριότητες που διαδραματίζονται κατά την διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος. Έτσι, είναι πολύ σημαντικό, ο κάθε ασθενής να έχει ένα ατομικό θεραπευτικό πλάνο, είτε αυτό εφαρμοστεί σε δραστηριότητες ατομικής θεραπείας, είτε σε δραστηριότητες ομαδικής θεραπείας (Moore M., 2014). Οι στόχοι καταγράφονται από τον θεραπευτή μετά το πέρας την αξιολόγησης, σε συνεργασία με τον ασθενή, καθώς αντικατοπτρίζουν τις προσδοκίες και τα αποτελέσματα που αναμένονται κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας.

Μερικοί από τους μακροπρόθεσμους στόχους που επισημαίνει ένας εργοθεραπευτής στα πλαίσια αναγκαστικής νοσηλείας είναι η βελτίωση της ψυχικής υγείας και φυσικής κατάστασης, η βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, η

βελτίωση της αυτοφροντίδας, η προώθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων και η ενθάρρυνση του ασθενή για κοινωνική επανένταξη (Moore, 2014).

Γ. Έναρξη εργοθεραπευτικού πλάνου

Ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να αναγνωρίσει πως κάθε στιγμή που αλληλεπιδρά με τον ασθενή, μπορεί να ανακαλύψει χρήσιμα στοιχεία που θα τον βοηθήσουν να εξατομικεύσει την εργοθεραπευτική διαδικασία. Για παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να αποκαλύψει μια όμορφη εμπειρία ενώ πίνει τον πρωινό καφέ του, και χωρίς να βρίσκεται στα πλαίσια μιας δομημένης αξιολόγησης, ο εργοθεραπευτής να ανακαλύψει μια πτυχή της ζωής του ατόμου πριν εισαχθεί στο νοσοκομείο. Παράλληλα, είναι σημαντικό να σκέφτεται κάθε θεραπευτής τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται μια δραστηριότητα σε κάθε άτομο. Για παράδειγμα, σε κάποιον ασθενή η κηπουρική μπορεί να αποτελεί μια ευκαιρία για να βρεθεί κοντά στη φύση και να θυμηθεί τον κήπο του σπιτιού του, προκαλώντας του συναισθήματα εφορίας και ασφάλειας, ενώ σε άλλη περίπτωση ασθενή η κηπουρική να φανεί μια ανιαρή εργασία. Σε κάθε περίπτωση, ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να αντιλαμβάνεται την ανατροφοδότηση από τις αντιδράσεις κάθε ασθενή και να επαναξιολογεί την κάθε δραστηριότητα. Φυσικά, είτε αναφερόμαστε σε ατομική είτε σε ομαδική εργοθεραπεία, η σταθερότητα και η προσαρμοστικότητα είναι δύο χαρακτηριστικά που δεν πρέπει ποτέ να λείπουν από το περίγραμμα.

2.1 Ατομική θεραπεία

Στην ατομική θεραπεία, το ισχυρότερο αποτέλεσμα πηγάζει από την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης που δημιουργείται μεταξύ του ασθενή και του θεραπευτή. Σε αυτή τη περίπτωση, η πρακτική της Εργοθεραπείας ενισχύεται από το Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου (Kielhofner, 1980). Σύμφωνα με τον Duncan, το μοντέλο του

ανθρώπινου έργου είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο μοντέλο στις ατομικές θεραπείες σε δομές κλειστής νοσηλείας στην Ευρώπη (Duncan et al., 2003). Οι αξιολογήσεις που παρέχονται μέσα από το συγκεκριμένο μοντέλο λαμβάνουν υπόψη την ιστορία και το κίνητρο του ασθενή, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο καταναίμει τον χρόνο του στις διάφορες δραστηριότητες της καθημερινότητάς του.

2.1.1 Το Μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου

Το μοντέλο του ανθρώπινου έργου προτάθηκε από τους Kielhofner και Burke το 1980. Θεωρεί το ανθρώπινο ον ως ένα ανοιχτό σύστημα που διαδρά με διαφορετικά περιβάλλοντα, λαμβάνοντας ανατροφοδότηση που αφορά την διαδικασία και τις συνέπειες μιας πράξης. Συνεπώς, η εκτέλεση έργου αποτελεί μια πράξη δυναμική. Δεν προκαλείται απλώς από τους ήδη προϋπάρχοντες εσωτερικούς μηχανισμούς του ατόμου, όπως για παράδειγμα την γνωστική ικανότητα και την μυϊκή δύναμη, αλλά διαδρά με το περιβάλλον. Η συμπεριφορά του ατόμου, δηλαδή, δεν είναι ποτέ ακριβώς η ίδια, καθώς προκύπτει κάθε φορά από ένα συγκεκριμένο έργο, το περιβάλλον όπου θα λαμβάνει χώρα και το ίδιο το άτομο. Επιπλέον, ο ανθρώπινος οργανισμός αλλάζει και αναπτύσσεται συνεχώς με το πέρασμα του χρόνου, και όταν εμπλέκεται σε θεραπευτικά έργα που τον βοηθά να συντηρήσει ή να αναπτύξει ικανότητες και κίνητρα, τότε μπορεί να μεταμορφωθεί σε υγιή οργανισμό με καλύτερη προσαρμογή.

Το μοντέλο του Ανθρώπινου Έργου προβάλλει το άτομο ως σύστημα αποτελούμενο από τρία υποσυστήματα: το βουλευτικό, της διαμόρφωσης συνηθειών και το εκτελεστικό. Το βουλευτικό υποσύστημα περιλαμβάνει όλους του παράγοντες που κινητοποιούν το άτομο να εμπλακεί σε δραστηριότητες. Το υποσύστημα διαμόρφωσης συνηθειών σχετίζεται με την εσωτερική οργάνωση που παρέχει πληροφορίες ώστε να επαναλάβει το άτομο συγκεκριμένα μοτίβα συμπεριφοράς.

Τέλος, το εκτελεστικό υποσύστημα περιλαμβάνει όλες τις δεξιότητες που απαιτούνται για την δράση. Τα τρία αυτά υποσυστήματα δεν είναι αυτόνομα. Αντιθέτως, η δυσλειτουργία σε ένα υποσύστημα μπορεί να επηρεάσει την λειτουργία των άλλων υποσυστημάτων και συνεπώς την εργοσυμπεριφορά του ατόμου (Kielhofner 1995, Kielhofner and Forsyth 1997).

Παράλληλα, το περιβάλλον στο οποίο εκτελεί το άτομο μια δραστηριότητα, είναι διπλής φύσης. Από την μία πλευρά υπάρχει το φυσικό περιβάλλον που εμπεριέχει τους χώρους και τα αντικείμενα μέσα σε αυτούς, και από την άλλη πλευρά το κοινωνικό περιβάλλον που περιλαμβάνει τις κοινωνικές ομάδες και τις μορφές έργου. Είναι κατανοητό πως για την υγιή εκτέλεση έργου δεν απαιτείται μόνο ο κατάλληλος εξοπλισμός, αλλά και το κατάλληλο κοινωνικό περιβάλλον.

Οι συνήθειες και οι ρόλοι ενός ασθενή είναι συχνά δύσκολο να αλλάξουν, ενώ παράλληλα αναταράσσονται από την ύπαρξη ψυχικής ασθένειας. Για αυτό, ο εργοθεραπευτής καλείται πολλές φορές να βοηθήσει τον ασθενή να δημιουργήσει νέες συνήθειες, μέσα από διαρκή και επαναλαμβανόμενη ενασχόληση σε έργα. Με το να εμπλέκει τον ασθενή σε δομημένες δραστηριότητες σε τακτικά χρονικά διαστήματα, ο εργοθεραπευτής στοχεύει στην αναδιαμόρφωση των ικανοτήτων και των ρόλων του ασθενή ώστε να δημιουργήσει νέες εμπειρίες ζωής που βασίζονται σε δυνατότητες παρά σε δυσκολίες.

2.2 Ομαδική Θεραπεία

Στην έρευνα 64 νοσηλευόμενων ασθενών σε ψυχιατρική κλινική, οι Lin et al. (2007) αναδεικνύουν την ομαδική εργοθεραπεία ως την πιο ωφέλιμη προσέγγιση. Οι δραστηριότητες γυμναστικής και μαγειρικής αποδεικνύονται μεταξύ άλλων οι πιο ευεργετικές για την ψυχική υγεία των ασθενών. Η μαγειρική βρίσκει απήχηση επίσης

στην έρευνα των Haley and MacKay (2004), σύμφωνα με την οποία, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς βρίσκουν την ζαχαροπλαστική και την μαγειρική τις πιο ενδιαφέρουσες δραστηριότητες καθώς εκτιμούν και μπορούν να απολαύσουν τα παραγόμενα αποτελέσματα και νιώθουν ότι εκτελούν κάτι παραγωγικό.

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση σε ομάδες προωθεί την προσωπική ανάπτυξη του ασθενή μέσα από την κοινωνική διάδραση με άτομα που βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις σε ένα υποστηρικτικό και προστατευμένο περιβάλλον. Η αλήθεια είναι πως η ύπαρξη ψυχικής ασθένειας αυξάνει το αίσθημα της μοναξιάς, δημιουργώντας στον ασθενή την εντύπωση πως κανείς δεν καταλαβαίνει πως νιώθει. Με τη συμμετοχή σε ομαδικές εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, οι ασθενείς μπορούν να συνειδητοποιήσουν πως δεν είναι μόνοι. Αντίθετα, υπάρχουν πολλοί ακόμα που κατακλύζονται από τα ίδια συναισθήματα και αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις.

Παρόλο που η διάγνωση, η ηλικία, το φύλο, το πολιτισμικό υπόβαθρο, και άλλα, μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των μελών μιας ομάδας, τα μέλη της έχουν την ευκαιρία να συνδεθούν μεταξύ τους και να κινητοποιηθούν ώστε να επανακτήσουν τον έλεγχο στη ζωή τους. Οι θεραπευτικές ομάδες προάγουν τον αλτρουισμό και την αλληλεγγύη και βοηθούν τον ασθενή να δράσει πέρα από τα προσωπικά του προβλήματα.

Η ομαδική εργοθεραπεία από την οπτική του εργοθεραπευτή αποτελεί πρόκληση. Ο Couldrick αναφέρει κατά λέξη: «Υποψιάζομαι ότι όσοι εργοθεραπευτές έχουν εργαστεί έστω και για μικρό χρονικό διάστημα σε δομές κλειστής νοσηλείας, θα έχουν βιώσει στιγμές που ολόκληρη η δραστηριότητα της ομάδας έχει καταρρεύσει. Οι εργοθεραπευτές χρειάζεται όχι μόνο να κινητοποιούν τους θεραπευόμενούς τους, αλλά και να έχουν την δύναμη να επανακινητοποιούν και τους εαυτούς τους»

(Coultrick, 2003). Αυτά τα λόγια υπογραμμίζουν την συνεχή πάλη να διατηρήσει ένας θεραπευτής την ομάδα. Και αυτή η πάλη δεν αφορά τόσο το εύρος των δυνατοτήτων των ασθενών, όσο το γεγονός ότι για να είναι αποτελεσματική η εργοθεραπευτική παρέμβαση, ο θεραπευτής χρειάζεται να λαμβάνει πάντα υπόψη του τους περιορισμούς ενός περιβάλλοντος κλειστής νοσηλείας όπως και την έκταση του χρόνου υποχρεωτικής διαμονής του κάθε ασθενή στο πλαίσιο.

Οι δραστηριότητες στα πλαίσια κλειστής νοσηλείας ποικίλουν ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες τόσο των νοσηλευόμενων όσο και των θεραπευτών. Γενικά, παρέχεται μια ισορροπία δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ψυχαγωγικές δραστηριότητες, εκπαιδευτικές και δραστηριότητες κοινωνικής διάδρασης. Οι εργασιακές δεξιότητες που αναπτύσσονται σχετίζονται με το είδος των εργασιών που παρέχει το κάθε πλαίσιο.

Οι περισσότερες ομαδικές εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στην εξάσκηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής και στις κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες θα βοηθήσουν στην ομαλή επανένταξη των ασθενών στην κοινότητα. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να αναγνωρίσει τις δυνατότητες, τις αδυναμίες, τις ανάγκες και τις φιλοδοξίες του κάθε ασθενή, με σκοπό να παρακινήσει το κάθε άτομο ξεχωριστά να εμπλακεί σε μια πληθώρα δραστηριοτήτων που έχουν νόημα για αυτό.

Ένας ακόμα στόχος της ομαδικής εργοθεραπείας σε πλαίσια αναγκαστικής νοσηλείας είναι η εκπαίδευση των ατόμων σε πολύ βασικές δεξιότητες. Το γενικό τους πλαίσιο είναι πολιτισμικά αποδεκτό και το επίπεδο δυσκολίας κατάλληλα απαιτητικό. Για παράδειγμα, ενδείκνυται η χρήση κεραμικών καλουπιών ως εναλλακτική σε άλλες κεραμικές τεχνικές, καθώς έχει πιο γρήγορα και

‘επαγγελματικά’ αποτελέσματα, με λιγότερες δεξιότητες να προαπαιτούνται. Εξίσου σημαντικές είναι οι δραστηριότητες για τις οποίες δεν απαιτούνται υψηλού επιπέδου λεκτικές ικανότητες, ιδιαίτερα για ασθενείς μετανάστες ή χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Τα σπορ, η μουσική και οι ομάδες συζήτησης προσφέρουν μια δομημένη βάση επικοινωνίας και ανάπτυξης κοινωνικών ρόλων. Οι ομάδες που χρησιμοποιούν μέσα εσωτερίκευσης, όπως για παράδειγμα το ψυχόδραμα, παιχνίδια ρόλων και διαδραστικά παιχνίδια, καλύπτουν μια γκάμα αναγκών των ασθενών τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Άλλες δεξιότητες που απαιτούνται στην καθημερινή διαβίωση όπως το μαγείρεμα και η διατροφή, η διαχείριση χρημάτων, η διαχείριση ελεύθερου χρόνου, αλλά και η τήρηση των νόμων, συνήθως αναπτύσσονται μέσα από ομαδικές δραστηριότητες. Τέλος, η εμπλοκή σε δραστηριότητες της κοινότητας ενθαρρύνεται κυρίως μέσα από εκδηλώσεις (π.χ. χριστουγεννιάτικο στόλισμα και εορτή) αλλά και μέσω της διάδρασης των ασθενών με το προσωπικό (π.χ. πρωινός καφές).

2.2.1 Τα είδη των εργοθεραπευτικών ομάδων

- Ομάδες δεξιοτήτων καθημερινής ζωής

Ο στόχος των ομάδων δεξιοτήτων καθημερινής ζωής είναι να εξοπλίσουν το άτομο με υγιείς και αποτελεσματικές δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη βέλτιστη λειτουργικότητα του ατόμου (Cole, 2012). Οι συνεδρίες μεταδίδουν τη γνώση, προωθούν την διορατικότητα και προσφέρουν την ευκαιρία στους ασθενείς να εξασκούν την αντιμετώπιση καθημερινών καταστάσεων. Τα μέλη της ομάδας μοιράζονται τις προσωπικές του εμπειρίες, γεγονός που αποτελεί ένα πλούσιο μάθημα. Μαθαίνουν διάφορες δεξιότητες ώστε να αναγνωρίζουν τα προβλήματα και τις ευκαιρίες και να οδηγούνται συστηματικά σε μια πρακτική λύση (Ebersson and Eloff, 2003). Τα θέματα που καλύπτονται περιλαμβάνουν την

διαχείριση του άγχους, την επίλυση των συγκρούσεων, την θέσπιση στόχων και την διατήρηση μιας ισορροπημένης ζωής. Στις ομάδες δεξιοτήτων, χρήσιμες φαίνονται οι αρχές της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (Cole, 2012).

- Ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες

Ο στόχος της ομάδας είναι να αυξήσει την επίγνωση του ατόμου όσον αφορά την ασθένεια του και τον τρόπο αυτοδιαχείρισης. Επίσης, εξερευνώνται οι διάφορες εναλλακτικές θεραπείες, οι κίνδυνοι και οι επιλογές. Δίνονται οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή, ώστε να μειώσουν τον φόβο του ασθενή για πιθανές παρενέργειες. Επίσης ενισχύονται οι δυνατότητες και οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων του ασθενή και προωθείται η ενεργή συμμετοχή του στο θεραπευτικό πλάνο. Αυτού του είδους οι ομάδες χρησιμοποιούνται, επίσης, για να αυξήσουν την αφοσίωση του ασθενή στην φαρμακευτική αγωγή και στο θεραπευτικό καθεστώς, ώστε να επικρατεί ένα αποτελεσματικό και οικονομικά αποδοτικό σύστημα υγείας. Για την εκπαίδευση του ασθενή χρησιμοποιούνται διάφορα πλαίσια αναφορά και θεωρίες (Dreeben, 2010).

- Ομάδες υποστήριξης

Ο στόχος μιας ομάδας υποστήριξης είναι να αυξήσει την συναισθηματική νοημοσύνη των μελών της, επιτρέποντας την έκφραση συναισθημάτων, την συζήτηση πρόσφατων εμπειριών που χρειάζεται να συζητηθούν κατά την διάρκεια του θεραπευτικού προγράμματος, καθώς και την αντιμετώπιση των σχέσεων μεταξύ των μελών της (Becker and Duncan, 2005). Αυτές οι ομάδες προσφέρουν ένα ανοιχτό, μη δομημένο περιβάλλον, το οποίο επιτρέπει την κοινωνική διάδραση μεταξύ των μελών σε έναν χώρο εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Στα πλαίσια των ομάδων υποστήριξης μπορεί να χρησιμοποιηθούν ενθυμητικές τεχνικές, όπως το

ψυχόδραμα, ως μέσο για να επεξεργαστούν τα μέλη την δυναμική της συμπεριφοράς τους. Μια ψυχαναλυτική προσέγγιση μπορεί να είναι πιο κατάλληλη σε αυτού του είδους τις εργοθεραπευτικές ομάδες (Nicholls et al., 2012).

- Ομάδες δημιουργικής δράσης

Κατασκευάζονται αντικείμενα από διάφορα υλικά όπως πηλός, τσιμέντο, γύψος, χαρτόνι ή συστήνεται στα μέλη μια νέα δεξιότητα ή ψυχαγωγική δραστηριότητα ζητώντας από κάθε έναν ξεχωριστά να εκφραστεί δημιουργικά. Τα μέλη της ομάδας δεν κάθονται απαραίτητα σε κύκλο, αλλά ο καθένας δουλεύει στο αντικείμενό του εστιάζοντας στο «εδώ και τώρα», στο «κάνειν» και στο «είμαι».

2.2.2 Το μοντέλο της δημιουργικής ικανότητας

Το μοντέλο της δημιουργικής ικανότητας, με πρωτεργάτρια την εργοθεραπεύτρια Vona de Witt, προσφέρει το θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση και θεραπεία της εμπλοκής του ατόμου σε έργα στον προσωπικό, διαπροσωπικό, εργασιακό και δημιουργικό τομέα. Το μοντέλο αυτό ενδείκνυται για θεραπευτικές ομάδες που αποτελούνται από πολλά άτομα διαφορετικής ηλικίας, φύλου, πολιτισμικής ομάδας, διάγνωσης και χρονιότητας, σε δομές ψυχικής υγείας. Η Vona de Witt, ως εργοθεραπεύτρια, βασίζει το μοντέλο στην κεντρική φιλοσοφία του επαγγέλματος της Εργοθεραπείας, η οποία απαιτεί από το άτομο ενεργή, νοηματοδοτημένη και στοχοκατευθυνόμενη συμμετοχή σε θεραπευτικά έργα με σκοπό τη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής (du Toit, 2009).

Το μοντέλο δεν προσφέρει συγκεκριμένες ομαδικές δραστηριότητες, αλλά περιγράφει όλα τα χαρακτηριστικά που απαιτούνται στις δραστηριότητες και τα έργα ώστε να συμβαδίζουν με το επίπεδο συμμετοχής/δράσης κάθε ατόμου ή ομάδας. Προαπαιτείται, βέβαια, από τον θεραπευτή να χρησιμοποιήσει την κριτική του σκέψη,

την δημιουργικότητα και την θεωρητική του γνώση ώστε να κατασκευάσει ή να προσαρμόσει μια δραστηριότητα η οποία θα ανταποκρίνεται στους στόχους, τις ανάγκες, τις αξίες και το περιβάλλον του ασθενή. Επιπλέον, βοηθά τον εργοθεραπευτή να περιγράψει την εκτέλεση έργου ενός ασθενή και να εξηγήσει τις επιρροές της ψυχικής ασθένειας στην συμμετοχή του σε έργα. Αποδεικνύεται εξαιρετικά χρήσιμο όταν ο ασθενής δεν μπορεί να συμμετέχει σε σταθμισμένες και δομημένες δοκιμασίες αξιολόγησης (Castelejn & de Voss, 2007).

Το πρακτικό υπόβαθρο του μοντέλου βασίζεται στην θεωρία της δημιουργικής ικανότητας. Η δημιουργική ικανότητα, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να συσχετιστεί με ανθρώπους, γεγονότα και αντικείμενα και να λειτουργήσει ελεύθερα και με αυθεντικότητα στο μέγιστο των δυνατοτήτων του, είναι κάτι που συμβαίνει εντός των ορίων της δημιουργικής ισχύος του κάθε ατόμου (du Toit, 1980). Η δημιουργική ικανότητα, με τη σωστή καθοδήγηση από τον εργοθεραπευτή, είναι δυνατόν να μετατραπεί σε ενεργή εμπλοκή του ατόμου σε δραστηριότητες.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό γνώρισμα του μοντέλου είναι η «βούληση». Η βούληση περιγράφεται ως ένα στοιχείο με δύο άκρες: το κίνητρο και τη δράση. Το κίνητρο αντιπροσωπεύει την ενέργεια που χρειάζεται για την εκτέλεση έργου και η δράση αντιπροσωπεύει την μετατροπή της ενέργειας αυτής στο παραγόμενο έργο. Η du Toit, πίστευε ότι η βούληση που παρακινεί την δημιουργική ικανότητα εστιάζει σε διαφορετικά πεδία της ανάπτυξης των έργων και γι'αυτό περιέγραψε 6 διαφορετικά στάδια του κινήτρου και της δράσης, το κάθε ένα με διαφορετικά γνωρίσματα. Αυτά τα στάδια περιγράφουν τι κινητοποιεί κάθε άτομο ώστε να εμπλακεί και να συμμετέχει σε δραστηριότητες της καθημερινότητας καθώς και ποιες βιολογικές, συναισθηματικές και πνευματικές διαδικασίες ακολουθεί το άτομο για τον ίδιο σκοπό.

Επιπλέον, υπάρχει μια δυναμική σχέση μεταξύ του εξωτερικού περιβάλλοντος και της δημιουργικής ικανότητας κάθε ατόμου. Ενώ το εξωτερικό περιβάλλον μπορεί να παρέχει τις προκλήσεις και τις ευκαιρίες για ανάπτυξη, οι περιστάσεις μπορεί να δημιουργούν άγχος στο άτομο, το οποίο να οδηγεί σε απόσυρση. Έτσι, η ανάπτυξη της δημιουργικής ικανότητας εξαρτάται από την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ της ετοιμότητας του ατόμου για ανάπτυξη και την κατάλληλη πρόκληση που παρέχει το περιβάλλον. Αυτό είναι πολύ σημαντικό, γιατί μια ασθένεια, μια δυσλειτουργία ή ένα τραύμα μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στην δημιουργική ικανότητα του ατόμου, όμως εξίσου μεγάλα εμπόδια μπορεί να δημιουργήσουν η έλλειψη σε πόρους, ανεπαρκής εξοπλισμός, φτωχές ευκαιρίες συμμετοχής κ.α., πολλά από τα οποία χαρακτηρίζουν ένα μια δομή αναγκαστικής νοσηλείας.

3. ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΦΥΛΑΚΕΣ/ΔΟΜΕΣ ΚΡΑΤΗΣΗΣ

Οι φυλακές, τα κρατητήρια και άλλες δομές κράτησης παραβατών αποτελούν ιδιαίτερες συνθήκες που δημιουργούν μοναδικά προβλήματα και εμπόδια, στο να ασκήσει ένας εργοθεραπευτής το επάγγελμά του. Οι δομές αυτές κατασκευάζονται με σκοπό να σιγουρέψουν ότι οι παραβάτες θα εκτίσουν την ποινή τους, για την προστασία της κοινωνίας. Ο πρωταρχικός τους στόχος δεν είναι να παρέχουν αποκατάσταση ή θεραπεία, αλλά να διατηρήσουν την τάξη και την ασφάλεια. Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται για τους σκοπούς αυτούς, πολλές φορές μπορεί να οδηγήσουν σε πρακτικές οι οποίες περιορίζουν τις ευκαιρίες για εμπλοκή σε έργα (White et al., 2013).

Παραδόξως, ενώ ο πληθυσμός σε φυλακές και άλλες δομές κράτησης παγκοσμίως αυξάνεται, ο αριθμός των εργοθεραπευτών που εργάζονται σε τέτοιες δομές είναι δυσανάλογα μικρός (Chi, Wong, Maraj, Fry, Jecker & Jung, Munoz,

Moreton & Sitterly). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το ίδιο το νομικό σύστημα αλλά και οι εργοθεραπευτές, δεν αναγνωρίζουν ακόμα τη μοναδική συνεισφορά των προγραμμάτων που βασίζονται στο έργο σε παραβατικά άτομα. Βέβαια, στην επιστήμη της Εργοθεραπείας είναι γνωστό ο κίνδυνος για υποτροπή των αποφυλακισμένων συχνά συνδέεται με σοβαρά προβλήματα εκτέλεσης έργου, όπως ανεργία, φτωχή αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, ελλείψεις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων και φτωχές κοινωνικές δεξιότητες (Munoz et al., 2011; White et al., 2013). Συνεπώς, η Εργοθεραπεία σε φυλακές αποτελεί έναν πολύ περιορισμένο κλάδο της επιστήμης της Εργοθεραπείας, η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη, και η ελληνική βιβλιογραφία του θέματος ανύπαρκτη. Για αυτόν τον λόγο, παραθέτω παρακάτω την θέση της εργοθεραπείας σε φυλακές και δομές κράτησης σε άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, προκαλώντας τον αναγνώστη να κάνει αυτό που κάνουν οι εργοθεραπευτές καλύτερα: να φανταστεί τις δυνατότητες.

3.1 Εργοθεραπευτική Παρέμβαση

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση σε πλαίσια κράτησης παραβατών δεν σχετίζεται τόσο με την παραβατική συμπεριφορά, αλλά με την απόκτηση ή/και βελτίωση της γνώσης και των ικανοτήτων που θα βοηθήσουν το άτομο να εξασκεί την αυτοπεποίθησή του και να αποκτήσει αισθήματα ελέγχου, ώστε να επιτύχει μια ομαλή επανένταξη στην κοινωνία. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη της αντίληψης των συνεπειών των αποφάσεων που λαμβάνει το άτομο, καθώς και της ευχέρειας να συμμετέχει σε διάφορες διαδικασίες της ζωής (Farnworth, L. et al., 1987). Στόχος του εργοθεραπευτή είναι να δημιουργήσει ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής θα βιώνει την επιτυχία μέσα από τις δραστηριότητες που θα εκτελεί, και θα χρησιμοποιεί αυτό το συναίσθημα για να χτίσει μια ικανοποιητική συμπεριφορά.

Πιο συγκεκριμένα, στην θεραπεία παραβατικών ατόμων, η εργοσυμπεριφορά δεν αρκεί. Συνίσταται ένα αυστηρό καθημερινό πρόγραμμα το οποίο θα δώσει στο άτομο την ευκαιρία όχι μόνο να αποκτήσει εμπειρίες αλλά και να εξασκήσει τις δεξιότητές του σε διαφορετικά περιβάλλοντα (Moore M., 2014). Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι το περιβάλλον (κοινωνικό, πολιτισμικό, πολιτικό και οικονομικό) μεταβάλλεται συνεχώς, και ότι ο ασθενής καλείται να εκτελέσει έργα που τον εκφράζουν σε αυτό το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον.

Από την άλλη, η ψυχική νόσος αποτελεί ούτως ή αλλιώς μια κατάσταση που περιθωριοποιεί τον ασθενή, και αν αυτή συνδυαστεί με το πλαίσιο της φυλακής, καταλαβαίνει κανείς πως συζητάμε για ευάλωτους ανθρώπους με εξατομικευμένες ανάγκες. Οι εργοθεραπευτές καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς-παραβάτες που έχουν χάσει την ταυτότητά τους μέσα από την ψυχική ασθένεια. Συνεπώς, χρειάζεται να υπάρχει διαθέσιμη υποστήριξη από όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζονται στις φυλακές (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές) και καθορισμένος χρόνος για συλλογισμό και έκφραση σε ένα δομημένο και ασφαλές περιβάλλον. Οι Crawford and Mee (1994), υπογραμμίζουν ότι παρ'όλες τις προφανείς δυσκολίες και προκλήσεις σχετικά με το ιστορικό των ατόμων με ψυχικές ασθένειες αλλά και τα περιοριστικά, παρεμβατικά μέτρα ασφαλείας που επικρατούν στις φυλακές, η εργοθεραπευτική διαδικασία παραμένει ίδια, όπως θα εφαρμοζόταν και σε κάθε άλλη δομή ψυχικής υγείας εκτός του πλαισίου της φυλακής. Με άλλα λόγια, η ύπαρξη παραβατικού ιστορικού δεν επηρεάζει την αντιμετώπιση ενός ατόμου με ψυχική νόσο, αλλά οι μετατροπές της εργοθεραπευτικής διαδικασίας αφορούν κυρίως τεχνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζονται στις φυλακές και σε άλλες δομές κράτησης, και θα αναλυθούν παρακάτω. Το ίδιο υπογραμμίζει και ο Clasfield (1997) που αναφέρει πως οι διαστάσεις που χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη είναι

η εγκαθίδρυση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος όπου θα λαμβάνουν χώρα οι θεραπείες και η ενημέρωση των ατόμων για την νομοθεσία και τα δικαιώματά τους.

Οι περισσότερες εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις στις φυλακές εστιάζουν στην απόκτηση δεξιοτήτων εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, στην βελτίωση επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων και στην εξάσκηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, με απώτερο σκοπό την ομαλή μετάβαση και επανένταξη των ατόμων από τη φυλακή στην κοινότητα. Για να επιτύχει αυτούς του στόχους, ο εργοθεραπευτής κινητοποιεί το άτομο παρέχοντας του μια γκάμα από δραστηριότητες ειδικά σχεδιασμένες για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις φιλοδοξίες του. Βέβαια, κάτι τέτοιο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά απαιτητικό για τον εργοθεραπευτή, για αυτό χρειάζεται να διαθέτει ευελιξία και προσαρμοστικότητα ως προς τα θεραπευτικά προγράμματα. Με την συμμετοχή σε θεραπευτικά έργα με έναν συνεπή ρυθμό, το άτομο προσαρμόζεται και προσαρμόζει τα έργα του, καθώς η συμπεριφορά του καθίσταται πιο υγιής.

3.1.1 Η Επιστήμη Έργου

Η επιστήμη του έργου εξετάζει τη σχέση μεταξύ του έργου και της υγείας (Wilcock, 1991). Παρέχει το θεωρητικό υπόβαθρο που θα βοηθήσει τον θεραπευτή στην αξιολόγηση και θεραπεία των παραβατικών ασθενών. Επιτρέπει, δηλαδή, στον εργοθεραπευτή να εξερευνήσει και να κατανοήσει την πολυπλοκότητα της εμπλοκής σε έργα. Κάτι τέτοιο, προσφέρει εναλλακτικές στις περιπτώσεις που ο ασθενής δεν έχει κίνητρο και η θέλησή του για εμπλοκή φαίνεται να καταρρέει.

Ο Zemke (1996), προτείνει την επιστήμη έργου ως «την ακαδημαϊκή αρχή, ο σκοπός της οποίας είναι να δημιουργήσει γνώση για την μορφή, την λειτουργία και το νόημα των ανθρωπίνων έργων». Η σχέση της Εργοθεραπείας με την επιστήμη έργου

μπορεί να παρέχει κατευθυντήριες γραμμές για την διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων ενός περιοριστικού περιβάλλοντος, το οποίο αρνείται ευκαιρίες για συμμετοχή σε έργα που σχετίζονται με την εργασία, την ψυχαγωγία, την εκπαίδευση και το παιχνίδι.

Ο Glover (2009) βλέπει την εφαρμογή της επιστήμης έργου ως ιδιαίτερα σημαντική όταν πρόκειται για «φυσικά» έργα και όχι «τεχνητά». Δηλαδή, τα έργα που διαδραματίζονται σε φυσικά περιβάλλοντα και δεν αποτελούν έργα προσομοίωσης, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία ενός ατόμου, από τα «τεχνητά» έργα που διαδραματίζονται σε προκατασκευασμένα περιβάλλοντα, όπως η αίθουσα εργοθεραπείας ενός ψυχιατρείου ή μιας φυλακής. Ένα παράδειγμα «φυσικού» έργου είναι η τοποθέτηση ενός κρατούμενου σε θέση εργασίας υπό επιτήρηση, αντί να παρακολουθεί ένα πρόγραμμα επαγγελματικής αποκατάστασης σε ένα δομημένο περιβάλλον.

Η οπτική των ασθενών ως εργοόντα, αποδεικνύεται εξαιρετικά αποδοτική στις δομές κράτησης παραβατών με ψυχιατρικές ασθένειες. Για να αναγνωρίσει ένας θεραπευτής την πηγή του κινήτρου ενός ασθενή, είναι απαραίτητο να ακούσει την ιστορία του. Για τους παραβατικούς ασθενείς, η κατανόηση του ταξιδιού τους έως και τη στιγμή του ποινικού αδικήματος και μέσα στο σύστημα του Δικαίου και της Υγείας είναι ζωτικής σημασίας. Η ψυχική νόσος μπορεί να υπερσκιάζεται από το υποδηλούμενο έγκλημα. Στην πραγματικότητα, η ασθένεια ή η αναπηρία θεωρείται ένα επεισόδιο στη συνολική σειρά της ζωής του ατόμου, και για αυτόν τον λόγο είναι σημαντικό να δοθεί η απαραίτητη προσοχή και στις υπόλοιπες πτυχές του, πέρα από την ασθένεια και το έγκλημα (Mattingly, 1998).

3.2 Δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι θεραπευτές σε φυλακές

Ο Cronin-Davis και οι συνεργάτες του, επισημαίνουν ότι στις δομές κλειστού τύπου περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό τα έργα που μπορεί να είναι διαθέσιμα στους ασθενείς σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη δομή ψυχιατρικής ή μη θεραπείας. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι εργοθεραπευτές στα συγκεκριμένα πλαίσια δεν αφορούν τόσο το ρίσκο της εργασίας με παραβατικά άτομα. Αντίθετα, δυσκολίες εντοπίζονται στον περιορισμό των δραστηριοτήτων και των εργαλείων που παρέχονται, ενώ πολλές φορές ο εξοπλισμός μπορεί να είναι ελλιπής ή μονίμως ασφαλισμένος (Flood, 1997). Ενδεικτικά, σχετική έρευνα δείχνει ότι στο σύνολο των κρατούμενων όλων των ελληνικών φυλακών και ιδρυμάτων της χώρας, ενηλίκων και ανηλίκων, μόνο το 25% απασχολείται σε διάφορες εργασίες στη φυλακή και σε εκπαιδευτικά προγράμματα απασχόλησης και κατάρτισης (Δασκαλάκη Η., Παπαδοπούλου Π.Δ., Τσαμπάρη Δ., Φρονίμου Ε.). Επιπλέον, μπορεί να είναι υποχρεωτική η παρουσία σωμάτων ασφαλείας γύρω από κάποιους κρατούμενους, γεγονός που δυσχεραίνει τη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος στα πλαίσια, για παράδειγμα, μιας ομαδικής δραστηριότητας. Σε πολλές περιπτώσεις, το κίνητρο των ατόμων που κρατούνται στις δομές χωρίς τη θέλησή τους, φαίνεται να είναι αρκετά μειωμένο. (Hunter, E. and McKay, E., 2014)

Ένα ακόμα θέμα που δυσχεραίνει την δουλειά των εργοθεραπευτών σε φυλακές, είναι η ύπαρξη θεραπευτικού ιστορικού. Τα άτομα που έχουν λάβει στο παρελθόν κάποιου είδους ψυχιατρική φροντίδα, φαίνεται να απορρίπτουν κάθε προσπάθεια εφαρμογής κάποιου θεραπευτικού μοντέλου, καθώς πιστεύουν ότι «δεν υπάρχει τίποτα που θα τους σώσει, που θα τους ιάσει» (Farnworth L., Morgan S., Bernadette F., 1987). Ως αποτέλεσμα, αποθαρρύνονται και γίνονται λιγότερο ενεργοί στη θεραπευτική διαδικασία. Στο μέλλον είναι πολύ πιθανό να παραβατήσουν πάλι

και να εκτίσουν ποινή φυλάκισης ή να ολοκληρώσουν το πρόγραμμα ψυχιατρικής φροντίδας, να επανενταχθούν στην κοινότητα και έπειτα από καιρό να υποτροπιάσουν και ενταχθούν πάλι σε ψυχιατρική μονάδα. Ενημερωμένοι από αυτό το μοτίβο, οι εργοθεραπευτές στοχοκατευθύνουν την δουλειά τους στην βοήθεια των παραβατικών ατόμων, να συνδέσουν τις πράξεις τους με την εμπειρία που είχαν ως συνέπεια αυτών (Farnworth, L., et al., 1987)

Περνώντας στην αισιόδοξη πλευρά, τους περιορισμούς αυτούς ισορροπεί η ευελιξία των ασθενών ατόμων, καθώς δεν έχουν τίποτα να χάσουν με το να συμμετέχουν στις δραστηριότητες και να βελτιώνουν τις ικανότητες τους (Farnworth, L., et al., 1987).

4.ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ

Η αυτοκτονία, όπως αναφέρθηκε και στο αντίστοιχο μέρος της πρώτης ενότητας, αποτελεί μια πράξη με την οποία τερματίζει ένα άτομο σκοπίμως τη ζωή του. Είναι η τελική πράξη μιας συμπεριφοράς η οποία αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων διαφόρων παραγόντων. Έτσι, μια απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να τηρεί τα παρακάτω χαρακτηριστικά: α) να είναι αυτοπροκαλούμενη και ζημιογόνα, β) να προκαλείται με σκοπό τον θάνατο και γ) να μην έχει θανάσιμη κατάληξη. Η αυτοκτονική συμπεριφορά, από την άλλη, ως γενικός όρος περιλαμβάνει οποιαδήποτε αυτοκαταστροφική σκέψη ή πράξη χωρίς να λαμβάνει πρόσθετα μέτρα στον διαχωρισμό των σκέψεων από τον σχεδιασμό, και της απόπειρας αυτοκτονίας από την αυτοκτονία. Ως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κάποιοι ορίζουν οποιαδήποτε σκόπιμη αυτοτραυματική πράξη χωρίς την επιθυμία για θάνατο, ενώ άλλοι την ορίζουν ως οποιαδήποτε σκόπιμη

αυτοτραυματική πράξη ανεξαρτήτως της προθέσεως για θάνατο (Centers of Disease Control and Prevention 2015a, Crosby et al 2011).

Η αυτοκτονικότητα αναφέρεται ως κλινικό χαρακτηριστικό πολλών ψυχικών διαταραχών, όπως της κατάθλιψης, της κατάχρησης ουσιών κ.α. Δεν αποτελεί η ίδια ψυχική νόσο. Η αντιμετώπισή της αφορά τόσο την ενεργή θεραπεία των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοκτονία, όσο και την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης, η οποία συνδέεται συχνά με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

4.1 Κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα

Μεγάλο ποσοστό των ατόμων που αυτοκτονούν πάσχουν από κατάθλιψη. Ο όρος «κατάθλιψη» αναφέρεται σε μια ευρεία ποικιλία διαταραχών της διάθεσης, οι οποίες είναι πολύπλοκες και πολυπαραγοντικές. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παραθέτονται ότι τα κύρια συστατικά της κατάθλιψης είναι η απαισιοδοξία, η αρνητική αντιμετώπιση του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος. Αυτά τα στοιχεία επηρεάζουν καταλυτικά τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και δρα το άτομο (Gage, 1992; Solo-Chydenius, 1992). Είναι προφανές ότι η αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας σε καταθλιπτικούς ασθενείς πρέπει να κατευθύνεται βασικά προς την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ο απώτερος σκοπός της εργοθεραπείας, όταν έχει να κάνει με ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, είναι να ελαχιστοποιήσει τις σωματικές και ψυχολογικές δυσλειτουργίες και να βοηθήσει τον ασθενή να προσαρμοστεί στον προσωπικό, μοναδικό του τρόπο να σκέφτεται και να δρα στις απαιτούμενες δραστηριότητες της καθημερινότητας, οι οποίες εμπεριέχουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την εργασία, την ξεκούραση, το παιχνίδι, την ψυχαγωγία και την κοινωνική αλληλεπίδραση.

Το πιο σημαντικό σημείο της συνολικής διαδικασίας της θεραπείας του ασθενή, από τη μεριά του εργοθεραπευτή είναι η πρώτη επαφή. Πολλοί συγγραφείς όπως οι Freeman et al (1990), ο Toskala (1991) και ο Lieberman (1992) επιβεβαιώνουν την έναρξη αυθεντικής θεραπευτικής σχέσης ως το σημαντικότερο στοιχείο της συνολικής θεραπείας. Συνήθως, ο εργοθεραπευτής είναι δραστήριος και κατευθυντήριο κατά τις πρώτες συνεδρίες, όμως αργότερα είναι σημαντικό να επιτρέπει στον ασθενή να λάβει τις δικές του αποφάσεις και πρωτοβουλίες. Βέβαια, χρειάζεται πολύ υπομονή και ψυχική αντοχή από μεριάς του εργοθεραπευτή, καθώς αλλαγές και βελτιώσεις των καταθλιπτικών ασθενών λαμβάνουν χώρα με πολύ αργό ρυθμό.

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό της εργοθεραπείας σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη είναι η μετατόπιση της έμφασης από την δραστηριότητα αυτή καθαυτή στην τρέχουσα συνεργατική διαδικασία. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται εξαιρετικά αποτελεσματικό όταν δίνονται θετική και ενθαρρυντική ενίσχυση, στοχευμένα και ουσιαστικά πρότυπα συμπεριφοράς, καθώς και θετική συναισθηματική ανατροφοδότηση. Είναι εξίσου σημαντικό να ενισχύεται η εξερεύνηση εαυτού, καθώς η βελτίωση της αυτοεικόνας είναι πολύ χρήσιμη.

Η γενική φιλοσοφία της αντιμετώπισης πρέπει να είναι η «μετατροπή του αρνητικού σε θετικό». Ο εργοθεραπευτής χρειάζεται να προσφέρει στον ασθενή τόσο τον χρόνο όσο και τα πρότυπα πάνω στα οποία θα βασίζονται οι δομημένες δραστηριότητες. Επιπλέον, ο χρονικός καθορισμός της δραστηριότητας δίνει στον ασθενή το αίσθημα του ελέγχου, ενώ ένα δομημένο χρονικά πρόγραμμα μπορεί να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκτελέσει χωριστά δραστηριότητες που αφορούν την καθημερινή ζωή, την εργασία και την ψυχαγωγία. Τα χρονοδιαγράμματα βοηθούν, επίσης, στην διατήρηση ενός ημερολογίου μέσα από το οποίο θα μπορέσει ο

ασθενής να μελετήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από κάθε δραστηριότητα. Με αυτόν τον τρόπο, θα αναγνωρίσει και θα ταυτοποιήσει τους φόβους και τις αρνητικές σκέψεις οι οποίες οδηγούν στην απόσυρση του από τις δραστηριότητες. Από την άλλη πλευρά, είναι χρήσιμο να αναγνωρίζονται και να καταγράφονται οι δραστηριότητες που προσφέρουν ευχαρίστηση και άνεση στον ασθενή. Με αυτή τη διαδικασία μετατρέπεται η ανημποριά σε αντοχή.

Η εργασία των εργοθεραπευτών με άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, λαμβάνοντας υπόψη ότι η αυτοκτονικότητα αποτελεί την σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης, φέρνει πολλές φορές τους εργοθεραπευτές αντιμέτωπους με καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής σκέφτεται να τερματίσει τη ζωή του και η σκέψη του ταλανίζεται με αυτοκτονικό ιδεασμό,. Οι εργοθεραπευτές εμπλέκονται στο θεραπευτικό πλάνο τόσο των ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό, όσο και των ατόμων που έχουν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας. Ένας ασθενής με ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό χρειάζεται μεγάλη υποστήριξη ώστε να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του, τις σκέψεις του και τις ανάγκες του και να ξεπεράσει τα αισθήματα ενοχής, ντροπής, θυμού και θλίψης που πιθανόν τον οδήγησαν στο να σκέφτεται να τερματίσει τη ζωή του. Οι εργοθεραπευτές, σε αυτό το σημείο βοηθούν τους ασθενείς χρησιμοποιώντας στοχοκατευθυνόμενες ατομικές ή ομαδικές δραστηριότητες που θα αναπτύξουν θετικότερες προσδοκίες και θα βελτιώσουν την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων του ασθενή (Creek, 1990; Gilbert, 1992).

Ένα από τα προβλήματα της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας είναι η παροχή επαρκών εργοθεραπευτικών προγραμμάτων για τους ασθενείς που τρέφουν αυτοκτονικό ιδεασμό. Επειδή πολλά εργαλεία μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο για να βλάψει κανείς τον εαυτό του, οι εργοθεραπευτές

οφείλουν να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί με τον εξοπλισμό και τα υλικά που παρέχουν για κάθε δραστηριότητα, καθώς και το είδος της δραστηριότητας. Για αυτό, χρειάζεται μια λεπτομερής προεργασία τόσο από τους εργοθεραπευτές όσο και από την υπόλοιπη ομάδα ώστε να κατασκευαστεί ένα θεραπευτικό πλάνο πρώτα απ'όλα ασφαλές για τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό.

Η κεραμική αποτελεί σίγουρα μια τέχνη που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο για τις εργοθεραπευτικές συνεδρίες. Η κεραμική έχει θεσπιστεί ως μία από τις τέχνες που όταν χρησιμοποιούνται για θεραπευτικό σκοπό, αναδεικνύεται η καλλιτεχνική πλευρά των ασθενών και δεν αποτελεί απλά ένα ερέθισμα για μια νέα ασχολία ή ένα ενδιαφέρον καινούργιο χόμπι. Με αυτόν τον τρόπο, ο ασθενής βρίσκει γόνιμο έδαφος για την έκφραση της φαντασίας του και εκτιμά την τέχνη στην πιο απλή μορφή της. Για τις δραστηριότητες κεραμικής χρησιμοποιούνται μεγάλα, μακριά τραπέζια, στα οποία δουλεύουν οι ασθενείς καθισμένοι κυκλικά, με σκοπό να μπορούν να συζητήσουν ή να παρατηρήσουν τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας (Harris et al.)

4.2 Σχιζοφρένεια και αυτοκτονικότητα

Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια σοβαρή νευροψυχιατρική διαταραχή, που προοδεύει αργά και επηρεάζει με διάφορους τρόπους τη λειτουργικότητα του ασθενή. Φαίνεται να επιτίθεται στο άτομο προκαλώντας σοβαρές δυσλειτουργίες στα πιο δημιουργικά και παραγωγικά χρόνια της ζωής του (Karlan and Sadock, 2000). Σήμερα, η θεραπεία για την σχιζοφρένεια έχει βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό, με τια φαρμακευτικές αγωγές να προκαλούν όλο και λιγότερες δυσλειτουργικές παρενέργειες. Πολλοί άνθρωποι πάσχουν από σχιζοφρένεια βιώνοντας μόλις ένα ψυχωσικό επεισόδιο και μπορούν να ελέγξουν την ασθένεια για το υπόλοιπο της ζωής τους. Η πλειοψηφία,

όμως, των ασθενών υποτροπιάζει μέσα στα επόμενα δύο χρόνια μετά από το πρώτο επεισόδιο. Μια μειοψηφία φαίνεται να αποκτά ανοχή στην φαρμακευτική αγωγή (Sheffield and Mind Ltd, 2009).

Το στίγμα που ακολουθεί την νόσο της σχιζοφρένειας παραμένει σε παγκόσμιο επίπεδο και είναι ιδιαίτερα ισχυρό στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό καθιστά την αποκατάσταση του ατόμου με σχιζοφρένεια και την επανένταξή του στην κοινότητα και την εργασία ακόμα πιο δύσκολη (Lesunyan, 2010). Η βιομηχανία του κινηματογράφου, συγκεκριμένα, είχε τόσο θετική όσο και αρνητική επιρροή στην κατανόηση της σχιζοφρένειας από το ευρύ κοινό.

Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συχνά εξαιρετικά έξυπνα και δημιουργικά άτομα, τα οποία αποθαρρύνονται σοβαρά όταν συνειδητοποιούν το αντίκτυπο που έχει η ασθένεια στη ζωή τους. Η σχιζοφρένεια προκαλεί δυσλειτουργίες σε έναν ή περισσότερους τομείς έργου, όπως τις διαπροσωπικές σχέσεις, την εργασία, την εκπαίδευση και την δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Επιπλέον, επηρεάζεται ο γνωστικός τομέας, ενώ παράλληλα παρατηρούνται αλλαγές στην ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται καταστάσεις (Crouch R., 2014).

Η σχιζοφρένεια έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα, με τα οποία ένας εργοθεραπευτής πρέπει να εξοικειωθεί προκειμένου να εργαστεί με ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια και να εστιάσει στα σωστά σημεία το θεραπευτικό πλάνο:

1. Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται, πρώτα απ'όλα, από αποδιοργανωμένη σκέψη που μπορεί να οδηγήσει σε αποδιοργανωμένη συμπεριφορά, περιλαμβάνοντας άσεμνη σεξουαλική συμπεριφορά, ανοησία, και φθορά της λειτουργικότητας στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως ασυνήθιστα ρούχα και έλλειψη προσωπικής υγιεινής

2. Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζονται σε θετικά (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, έμμονες ιδέες, αποδιοργανωμένος λόγος) και σε αρνητικά (έλλειψη συναισθημάτων, ανηδονία, απάθεια, έλλειψη θέλησης)
3. Άλλα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας που αφορούν έναν εργοθεραπευτή περιλαμβάνουν την έλλειψη όρεξης για τροφή, ψυχοκινητικές δυσλειτουργίες όπως στερεοτυπικές κινήσεις και τικ, δυσκολίες στην διατήρηση της προσοχής, της συγκέντρωσης και της μνήμης, καθώς και φτωχή κοινωνική συμμετοχή.
4. Πολλά χαρακτηριστικά σχετίζονται με την ύπαρξη παραισθήσεων και ψευδαισθήσεων, οι οποίες οδηγούν τον ασθενή να μην λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή ή/και να έχει αυτοκτονικό ιδεασμό. Πιο συγκεκριμένα, το 40% των ασθενών με σχιζοφρενική διαταραχή εμφανίζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, 20%-40% επιχειρούν το λιγότερο μια φορά να θέσουν τέρμα στη ζωή τους κατά την διάρκεια της νόσου και 10% τερματίζουν τη ζωή τους αυτοκτονώντας (Χαβάκη-Κονταξάκη M.I., 2008). Η υψηλή αυτοκτονικότητα των ασθενών με σχιζοφρενική διαταραχή συσχετίζεται με την φύση της διαταραχής (παραλήρημα, ψευδαισθήσεις), με συνύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και συνδρόμων, με φαρμακοεπαγώμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αλλά και με διάφορους οικογενειακούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Mann JJ, Brent DA, Arango V, 2001).

Η θεραπεία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια λαμβάνει χώρα σε νοσοκομεία, ψυχιατρικές κλινικές ή κοινοτικές δομές/κέντρα ψυχικής υγείας, ανάλογα με την σοβαρότητα του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου, την φάση της πορείας της νόσου του ασθενή και τους διαθέσιμους θεραπευτικούς πόρους της κάθε περιοχής. Οπουδήποτε και αν συμβεί, οι εργοθεραπευτές κατέχουν βασικό ρόλο στη

διεπιστημονική ομάδα που αναλαμβάνει να εφαρμόσει μια ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του ασθενή. «Ένα αναγκαίο συστατικό της αποκατάστασης είναι η ελπίδα» αναφέρει η Eipers (Kaplan and Sadock, 2000) και αυτή την ελπίδα πρέπει να μεταλαμπαδεύσουν οι εργοθεραπευτές στον ασθενή και την οικογένεια του.

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους της Εργοθεραπείας σε άτομα με σχιζοφρένεια είναι η βελτίωση των γνωστικών δεξιοτήτων και των επιπτώσεων τους στη γενικότερη λειτουργικότητα των ατόμων. Κάτι τέτοιο επιτυγχάνεται με την εφαρμογή νοηματοδοτημένων δραστηριοτήτων, που έτσι και αλλιώς αποτελεί τον δομικό λίθο και το μεγαλύτερο εργαλείο εφαρμογής μια εργοθεραπευτικής παρέμβασης. Ένα άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια δυσλειτουργεί στην απόδοση των δραστηριοτήτων εξ αιτίας των αλλαγών στην γνωστική λειτουργία (Creek, 1998). Αυτές οι αλλαγές «ελαχιστοποιούν την ικανότητα (των ασθενών με σχιζοφρένεια) να ερμηνεύσουν και να δώσουν νόημα στις εμπειρίες, οδηγώντας τους στο αίσθημα της απόσπασης από την πραγματικότητα και την έλλειψη συλλογισμού, δύο στοιχεία που όταν λειτουργούν ορθά αποτελούν μέρος της διαδικασίας συμμετοχής σε έργα» (Bejerholm and Eklund, 2007). Η ενασχόληση με νοηματοδοτημένες δραστηριότητες και αληθινές εμπειρίες, βοηθούν το άτομο να αποσυρθεί από το χάος των παραισθήσεων και των ψευδαισθήσεων. Μια ψυχοκοινωνική προσέγγιση φαίνεται να είναι η καταλληλότερη για την επίτευξη αυτών των στόχων (Bejerholm and Eklund, 2007).

Οι σχιζοφρενείς ασθενείς χρειάζονται φροντίδα που σχετίζεται με την ανάπτυξη υποστηρικτικής σχέσης τόσο με τους θεραπευτές όσο και με τους υπόλοιπους ασθενείς που τυχόν βρίσκονται στην ίδια δομή ψυχικής υγείας και με την διασφάλιση τόσο στον ασθενή όσο και στο κοντινό του περιβάλλον ότι ο πρώτος θα λάβει

διεπιστημονική φροντίδα και ότι θα παροχετευτούν στους δεύτερους όλες οι αναγκαίες πληροφορίες.

Με την επιστημονική πρόοδο των ψυχοτρόπων φαρμάκων, έχει κατασταθεί ευκολότερη η εγκατάσταση των χρόνιων σχιζοφρενών ασθενών στην κοινότητα και η απομάκρυνσή τους από τα ιδρύματα. Φυσικά, η κατασκευή ειδικά σχεδιασμένων κατοικιών για την φιλοξενία των ασθενών δεν είναι πάντα εφικτή, έτσι γίνεται προσπάθεια από την διεπιστημονική ομάδα για την επανένταξη των ασθενών στο σπίτι τους. Σε αυτήν την περίπτωση, οι ασθενείς ακολουθούν ένα πρόγραμμα τακτικής παρακολούθησης (follow up) με σκοπό να γίνονται έγκαιρα παρεμβάσεις και να επιλύονται τυχόν προβλήματα.

Για την μείωση της αυτοκτονικότητας στα άτομα με σχιζοφρένεια απαιτείται, αρχικά, αντιμετώπιση των γενικών συμπτωμάτων της νόσου. Η διαχείριση της ψύχωσης και της κατάθλιψης, ο περιορισμός της κατάχρησης των αντιψυχωτικών φαρμάκων και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, η πρόληψη ή αντιμετώπιση της γνωστικής δυσλειτουργίας, η βελτίωση της φυσικής υγείας, η διαχείριση του εργασιακού τομέα και της κοινωνικής συμπεριφοράς και η μείωση της περιθωριοποίησης από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον είναι απαραίτητα για να επιτευχθεί σημαντική μείωση των ποσοστών αυτοκτονιών μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια. Η συνέργια των αντιψυχωτικών φαρμάκων και της ψυχοκοινωνικής θεραπείας, μπορεί να οδηγήσει στην επίτευξη των παραπάνω στόχων (Meltzer Y.H.)

5.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ

Ο τομέας της ψυχικής υγείας είναι ένας κοινωνικά περίπλοκα δομημένος τομέας. Η συνθήκη της ψυχικής ασθένειας διαφέρει από κοινωνία σε κοινωνία, αφού διατηρεί στον πυρήνα της διάφορα στερεότυπα της κάθε κουλτούρας (Crouch R.,

2014). Οι Christiansen και Baum, το 1997, αναφέρουν ότι ο πολιτισμός επηρεάζει την συμμετοχή ενός ατόμου σε έργα με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, ο χώρος και ο χρόνος χρησιμοποιείται από το άτομο σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του, η σημαντικότητα των δραστηριοτήτων καθορίζεται από την κοινωνία και οι αρχές και αξίες αντικατοπτρίζονται στο παιχνίδι και την εργασία.

Η εθνικότητα, η κουλτούρα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το επαγγελματικό υπόβαθρο, είναι κομμάτια της προσωπικότητας του ανθρώπου, και καθορίζουν σε μια παρέμβαση τις μεθόδους που θα εφαρμόζουν καλύτερα στον χαρακτήρα αυτό. Όσον αφορά συγκεκριμένα την Εργοθεραπεία, ο Gujral επισημαίνει ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες έχουν πιθανότατα εκτεταμένες συνέπειες στην παροχή φροντίδας, οι οποίες αφορούν την επιλογή των κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης, την εγκαθίδρυση θεραπευτικής σχέσης και τα αναμενόμενα αποτελέσματα από τη θεραπεία (Gujral in Creek, 2002). Η κοινωνική επανένταξη και ενσωμάτωση αποτελεί τον απώτερο σκοπό όλης της διεπιστημονικής ομάδας που εργάζεται για να προσφέρει φροντίδα στο άτομο που την έχει ανάγκη, και επηρεάζεται καταλυτικά από τα χαρακτηριστικά αυτά.

Τα προγράμματα κοινωνικής επανένταξης δεν αφορούν μόνο τη θεραπεία, την αποκατάσταση ή την προσωπική ευεξία του ατόμου. Αφορούν την τοποθέτηση ενός συγκεκριμένου ατόμου, με συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή ή/και συγκεκριμένο ιστορικό παραβατικότητας, μέσα σε μια συγκεκριμένη κοινωνία. Και αφού τοποθετηθεί, η κοινωνία αναμένει από το άτομο να διατηρήσει μια συγκεκριμένη και αποδεκτή συμπεριφορά, ώστε να διατηρήσει και την θέση του στην κοινωνία. Συνεπώς, εύκολα καταλαβαίνει κανείς, ότι η επάνοδος στην κοινωνία είναι ένα περίπλοκο θέμα κοινωνικής ευεξίας που περιλαμβάνει παράγοντες και πόρους που αφορούν το άτομο, την οικογένειά του και την ίδια την κοινότητα. Για αυτούς τους

λόγους, τα προγράμματα επανένταξης δεν μπορούν να μπου σε καλούπια και να οριοθετηθούν ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου. Αντίθετα, μια επιτυχής επανένταξη στην κοινωνία εξαρτάται από την αλληλεπίδραση των αναγκών του ατόμου και των πόρων που διαθέτει η κάθε κοινωνία για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Δηλαδή, χρειάζεται διάθεση και ικανότητα από το άτομο να δραστηριοποιείται σύμφωνα με συγκεκριμένες κοινωνικές νόρμες και να αναλαμβάνει συγκεκριμένους ρόλους στην κοινωνία, ενώ παράλληλα η κοινωνία να διαθέτει την διάθεση και την ικανότητα να υποστηρίξει την προσπάθειά του ατόμου να ταιριάζει σε αυτές τις νόρμες (Drain J. et al., 2005).

5.1 Από την Φυλακή στην Κοινότητα

Η κοινωνική επανένταξη των φυλακισμένων αποτελεί μέρος της οφειλής της κοινωνίας απέναντι στον δράστη που εκτίει την ποινή του. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, στην Ελλάδα, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μέσα στην φυλακή απέβλεπαν στην αναδόμηση της προσωπικότητας των παραβατών και επιβάλλονταν ανεξάρτητα από την θέλησή τους. Τότε κρίθηκαν αντισυνταγματικές και αμφισβητήθηκαν ως προς την αποτελεσματικότητά τους, και έτσι, το 1990 αποδεικνύεται ότι τα προγράμματα κοινωνικής ενσωμάτωσης στις φυλακές μπορούν να λειτουργήσουν μόνο σε συγκεκριμένες συνθήκες και μόνο σε συγκεκριμένες κατηγορίες δραστών. Σήμερα, οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση συμβαίνει στα πλαίσια των σωφρονιστικών ιδρυμάτων απαιτεί την συναίνεση του κρατουμένου, δεν συνδέεται με τον εξαναγκασμό αλλά σέβεται την αξιοπρέπεια και τις ανάγκες του.

Ο όρος κοινωνική επανένταξη, όσον αφορά τους παραβάτες με ή χωρίς συνοδευόμενη ψυχική ασθένεια, διατυπώνεται ως «το καθήκον να επανέλθει στην κοινωνική ζωή, έχοντας την δυνατότητα να αναδημιουργήσει τις οικογενειακές,

εργασιακές και κοινωνικές του σχέσεις με ίσες ευκαιρίες με τον μη εγκληματούντα» (Γιοβάνογλου Σ., 2006). Η κοινωνική επανένταξη ξεκινά μέσα από την φυλακή και αποτελεί την κοινωνικοποίηση που παρέχεται με έμμεσο τρόπο στον κρατούμενο μέσα από υποδείξεις συμπεριφοράς, πρότυπα και δραστηριότητες, σύμφωνα με τον Κώδικα Μεταχείρισης Κρατουμένων. Πιο συγκεκριμένα, σε μεταρρύθμιση του ΚΜΚ, θεσπίζεται ο Σωφρονιστικός Κώδικας, στον οποίο δίνεται μεγάλη βαρύτητα στην μετασσωφρονιστική μέριμνα (άρθρα 81-82 ΣΚ).

Οι εργοθεραπευτές, ωστόσο, καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προβλήματα, όταν εργάζονται με κρατούμενους με σκοπό την εκπαίδευση για την άνοδό τους στην κοινότητα, τα περισσότερα από τα οποία δεν αφορούν την ψυχοπαθολογία ή το έγκλημα που έχουν διαπράξει. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η έλλειψη εξειδίκευσης, είναι παράγοντες που επηρεάζουν καταλυτικά την πορεία του ατόμου κατά την επανένταξή του στην κοινότητα.

Στην φυλακή, ο χρόνος που περνάνε οι κρατούμενοι με τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας είναι συνήθως μεγάλης διάρκειας και σημαντικός, καθώς επιτρέπει την –κατά βάση συναισθηματική- αλληλεπίδραση. Όπως αναφέρει και ο Crawly («οπουδήποτε ανθρώπινα όντα περνούν μεγάλες χρονικές περιόδους μαζί σε στενά συνδεδεμένο περιβάλλον, σύρονται σε συναισθηματική εμπλοκή μεταξύ τους») η συναισθηματική διάδραση και εμπλοκή στις κλειστές δομές είναι αναπόφευκτη. Μια σπουδαία μορφή συναισθηματικής αλληλεπίδρασης που συμβαίνει μεταξύ θεραπευτή και κρατουμένου και μπορεί να βοηθήσει στην διαδικασία επανένταξης του στην κοινωνία είναι η συναισθηματική επιρροή. Η διαδικασία της συναισθηματικής επιρροής βοηθά στην ρύθμιση των συναισθημάτων των φυλακισμένων, την καταπολέμηση της έντασης και της διατήρησης θετικών σχέσεων

τόσο μεταξύ των κρατουμένων όσο και μεταξύ των κρατουμένων και των θεραπευτών (Francis et al., 1999). Για την ορθή χρησιμοποίηση της συναισθηματικής επιρροής από πλευράς των θεραπευτών, απαιτείται έντονα το στοιχείο της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση αφορά τις γνωστικές και συναισθηματικές απαντήσεις που έχει ένα άτομο στις εμπειρίες ενός άλλου ατόμου. Επειδή έντονα συναισθήματα όπως θυμός, λύπη, άγχος και απογοήτευση λαμβάνουν ένα μεγάλο μέρος της καθημερινότητας ενός ατόμου στη φυλακή, απαιτείται εξίσου έντονη ρύθμιση (Creer, 2002). Τα συναισθήματα ή σχετικά θέματα με αυτά απαιτούνται να συζητούνται καθημερινά στα πλαίσια ατομικής ή ομαδικής θεραπείας (Greenall, 2004; Parker, 2003). Σε αυτό το σημείο, ένας Εργοθεραπευτής χρησιμοποιεί τις δραστηριότητες ώστε να θέσει ένα ασφαλές περιβάλλον, για την έκφραση και διαχείριση των συναισθημάτων αυτών.

Στην Ελλάδα, η φροντίδα των εγκληματιών με ψυχική νόσο είναι ιδιαίτερα χαμηλής προτεραιότητας. Χρειάζεται η ανάπτυξη πλήρων ψυχιατρικών δομών και αλλαγές στις προτεραιότητες της πολιτείας.

5.2 Κοινωνική επανένταξη μετά από αναγκαστική νοσηλεία

Οι ασθενείς που βρίσκονται σε αναγκαστική νοσηλεία, όταν ξεπεράσουν την οξεία φάση της νόσου και σταθεροποιηθεί η ψυχική και σωματική τους υγεία, εφόσον κρίνεται ασφαλές μπορούν να βγαίνουν έξω από την κλινική και μερικές ώρες ή μέρες, και ακολουθώντας πάντα τους νοσοκομειακούς κανόνες, να επιστρέφουν πάλι πίσω. Έτσι, οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να εξασκούν τις κοινωνικές δεξιότητες εκτός του πλαισίου της κλινικής. Φυσικά, η προεργασία για τις εξόδους λαμβάνει χώρα μέσα από θεραπευτικά προγράμματα εξάσκησης κοινωνικών δεξιοτήτων ενδονοσοκομειακά, τα οποία συντονίζει συνήθως ένας εργοθεραπευτής. Τα

θεραπευτικά αυτά προγράμματα περιλαμβάνουν δραστηριότητες για την εξάσκηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, την διαχείριση διαμάχης και καλή μεταχείριση της κριτικής, εξάσκηση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, την διαχείριση χρημάτων καθώς και την εξάσκηση δεξιοτήτων που σχετίζονται με την εργασία (αναζήτηση εργασίας, συμπλήρωση αίτησης εργασίας, συγγραφή βιογραφικού σημειώματος).

Επιπλέον, με στόχο την ομαλή επανένταξη των ασθενών αναγκαστικής νοσηλείας στην κοινότητα, είναι σημαντικό να διοργανώνονται ομαδικές εκδηλώσεις αθλητικού ή θρησκευτικού χαρακτήρα. Τόσο μέσα από τα αθλήματα, όσο και μέσα από την άσκηση του θρησκευτικού δικαιώματος, οι ασθενείς, με ελάχιστη παρέμβαση από τους θεραπευτές, διαμορφώνουν τις δικές τους ομάδες και εσωτερικές κοινότητες, αντιμετωπίζοντας τις ενδονοσοκομειακές συνθήκες με ρεαλιστική πνοή. Τέλος, εξίσου σημαντικό κατά το τέλος της νοσηλείας των ατόμων είναι να τους προσφέρεται η δυνατότητα να εξασκούν εξειδικευμένες δεξιότητες εργασίας που σχετίζονται είτε με το επάγγελμα που εξασκούσαν πριν την νοσηλεία τους και θα συνεχίσουν και μετά, είτε με ένα νέο επάγγελμα που θα ασκήσουν μετά την νοσηλεία.

Τα άτομα με δυσλειτουργία που προκύπτει από ψυχική νόσο συναντούν πολλά εμπόδια όταν επιχειρούν να συμμετέχουν σε ένα κόσμο που είναι κατασκευασμένος από, και για, ανθρώπους χωρίς δυσκολίες. Σε αυτόν τον κόσμο, τα άτομα με ψυχικές, διαπροσωπικές, κινητικές, κοινωνικές δυσλειτουργίες συνήθως αντιμετωπίζονται ως υποδεέστεροι πολίτες, χαμηλότερης αξίας και λιγότερο ικανοποιητικοί, χωρίς φυσικά να υπάρχει κάποια απόδειξη για τα παραπάνω. Αυτό είναι ιδιαίτερα αντιπροσωπευτικό ιδίως για τα άτομα με ψυχικές δυσκολίες, λόγω του φόβου και του στίγματος που συχνά σχετίζεται με τις ψυχικές νόσους. Βέβαια, τα εμπόδια που συναντούν δεν σχετίζονται τόσο με την ψυχική ασθένεια, αλλά με το

γεγονός ότι η κοινωνία πάσχει όσον αφορά την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία. Ενώ δίνεται προσοχή στην απομάκρυνση των φυσικών εμποδίων για την διευκόλυνση των ατόμων με κινητικές δυσλειτουργίες, λίγα πράγματα φαίνεται να γίνονται για την αντιμετώπιση των εμποδίων που σχετίζονται με την συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στα άτομα με ψυχική ασθένεια.

Η πρακτική της εργοθεραπείας, με σκοπό να διαπεράσει τα προαναφερθέντα εμπόδια, χρειάζεται να ξεφύγει από τα όρια της θεραπείας και ανακούφισης των συμπτωμάτων μιας ψυχικής ασθένειας και να καταστήσει ηχηρή τη θέση της στην κοινωνική επανένταξη, πολιτισμική ενσωμάτωση και κατοχύρωση της θέσης των ατόμων με ψυχική αναπηρία στην κοινότητα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Ψυχιατροδικαστική αποτελεί έναν απαιτητικό τομέα ενδιαφέροντος που αφορά τρία διαφορετικά αλλά αλληλοεπηρεαζόμενα πεδία: την Ψυχιατρική, την Νομική και τις υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης. Το πρόβλημα εντοπίζεται στην έλλειψη ψυχιατροδικαστικής εκπαίδευσης και βιβλιογραφικής υπόστασης όχι μόνο στους νομικούς (δικηγόροι, δικαστικοί λειτουργοί) και στους ψυχιάτρους, αλλά περισσότερο στους Εργοθεραπευτές. Ο στόχος της εργασίας ήταν να συγκεντρωθεί η παγκόσμια βιβλιογραφία των τελευταίων 20 ετών πάνω στις εφαρμογές της Εργοθεραπείας σε θέματα της Ψυχιατροδικαστικής. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης μέσα από διεθνείς, διαδικτυακές βιβλιοθήκες (Wiley Online Library, PubMed, Google Scholar), και παρατηρήθηκε έλλειψη ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών που αφορούν την συνεισφορά της Εργοθεραπείας σε διάφορα θέματα της Ψυχιατροδικαστικής. Για αυτόν τον λόγο, χρησιμοποιήθηκαν πηγές και παλαιότερων ετών.

Από την ελάχιστη νομική άποψη που κατάφερα να αποκτήσω μελετώντας το θέμα, θεωρώ πως οι νόμοι τόσο για την αναγκαστική νοσηλεία όσο και για την κράτηση παραβατών με ψυχικές διαταραχές χρήζουν συνεχή ανανέωση. Παράλληλα, η ανάπτυξη ψυχιατροδικαστικών δομών τόσο για την εξατομικευμένη φροντίδα όσο και για μια σωστή μετανοσηλευτική πορεία και επάνοδο των ασθενών με ψυχικές νόσους στην κοινωνία, θεωρώ πως κρίνεται απαραίτητη. Η Ελλάδα, ως κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης χρειάζεται να συμβαδίζει με τα νεώτερα πανευρωπαϊκά δεδομένα για τα ατομικά δικαιώματα, τις ελευθερίες των ψυχικά πασχόντων και την μεταχείριση των παραβατών με ψυχική νόσο.

Από την άλλη, ως επίδοξη εργοθεραπεύτρια, αλλά και σύμφωνα με την βιβλιογραφία που βρέθηκε και αναπτύχθηκε στην εργασία, αναγνωρίζω την βαθιά

συνεισφορά της επιστήμης της Εργοθεραπείας σε θέματα που εφάπτονται στον τομέα της Ψυχιατροδικαστικής. Όμως αυτό δεν είναι αρκετό. Κρίνω απαραίτητο να πραγματοποιηθούν έρευνες που θα αποδεικνύουν την συνεισφορά αυτή, ώστε η Εργοθεραπεία να λάβει πραγματική υπόσταση στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Επίσης, οι εργοθεραπευτές χρειάζεται να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση για να παρέχουν με τον βέλτιστο τρόπο ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες.

Τέλος, ελπίζω -αν και πτυχιακή- η παρούσα εργασία να αποτελέσει την ελληνική απαρχή για την ευαισθητοποίηση των εργοθεραπευτών στην ψυχιατροδικαστική επιστήμη και την κινητήριο δύναμη για περαιτέρω έρευνα στο πεδίο.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία έγινε μια προσπάθεια να καταγραφούν οι εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις στα θέματα της ψυχιατροδικαστικής επιστήμης, μέσα από εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση τόσο των ελληνικών όσο και των παγκόσμιων βιβλίων και άρθρων της τελευταίας εικοσαετίας, όπως βρίσκουν εφαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα.

Για την βέλτιστη κατανόηση και παρουσίαση του θέματος η εργασία χωρίστηκε σε δύο βασικές ενότητες, με την πρώτη να αφορά την Ψυχιατροδικαστική και την δεύτερη την Εργοθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η ψυχιατροδικαστική επιστήμη ως κομμάτι της Ψυχιατρικής που σχετίζεται με όλα εκείνα τα θέματα που εμπίπτουν στο θεσμικό και νομικό πλαίσιο της χώρας. Καταγράφεται ο τρόπος δράσης ενός επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο της Ψυχιατροδικαστικής και τα νομικά στοιχεία που θα βοηθήσουν τον αναγνώστη να κατανοήσει ευκολότερα τα διάφορα πεδία που βρίσκει εφαρμογή η Ψυχιατροδικαστική. Η σύνδεση μεταξύ βίας και ψυχικών διαταραχών είναι πλέον κομμάτι του ενδιαφέροντος της ψυχιατρικής και συναφών επιστημών, για αυτό θεωρήθηκε κατάλληλη η καταγραφή των σύγχρονων αντιλήψεων περί παραβατικότητας, βίας και ψυχικών διαταραχών.

Κατόπιν, στα επόμενα τέσσερα κεφάλαια, και αφού έχει προηγηθεί αναφορά στο σύνολο των πεδίων εφαρμογής της Ψυχιατροδικαστικής, επιλέγονται να αναλυθούν εκτενέστερα τέσσερα θέματα της επιστήμης, καθώς σε αυτά παρατηρήθηκε ξεκάθαρα η εφαρμογή της Εργοθεραπείας. Αναλυτικότερα, το κεφάλαιο 2 της πρώτης ενότητας αφορούσε την ακούσια νοσηλεία και θεραπεία ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η αναγκαστική νοσηλεία αποτελεί το συχνότερο σημείο συνάντησης της Ψυχιατρικής με το Δίκαιο και το πιο άμεσο πεδίο εφαρμογής

των ψυχιατροδικαστικών υπηρεσιών. Η εξέλιξη τόσο του νομοθετικού όσο και του κοινωνικού πλαισίου της ακούσιας νοσηλείας με το πέρασμα των χρόνων παρουσιάστηκε με σκοπό να κατανοηθεί ο σημερινός τρόπος εφαρμογής της αναγκαστικής νοσηλείας στην ελληνική κοινωνία.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύχθηκε η έννοια του καταλογισμού στην διάπραξη μιας παραβατικής ή εγκληματικής πράξης, και αποσαφηνίστηκε το πότε η ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας λαμβάνεται υπόψη όταν έχει διαπραχθεί ένα έγκλημα. Γίνεται κατανοητό πως μια τέτοια επισήμανση είναι σημαντική καθώς η ψυχική διαταραχή μπορεί να προηγείται του εγκλήματος αλλά να μην έχει καμία απολύτως σχέση με αυτό.

Υπό ένα παρόμοιο πρίσμα, στο τέταρτο κεφάλαιο διερευνάται η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στις φυλακές και τα σωφρονιστικά ιδρύματα τόσο της Ελλάδας, όσο και σε άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου και κατά πόσο το περιβάλλον της φυλακής επηρεάζει την ψυχική κατάσταση των κρατουμένων.

Το πέμπτο, και τελευταίο κεφάλαιο της πρώτης ενότητας, αφορά το ζήτημα της αυτοκτονικότητας. Ορίστηκε τι είναι αυτοκτονικότητα, καθώς και τα επιδημιολογικά στοιχεία που φέρνουν την αυτοκτονία στην 10^η θέση παγκοσμίως μεταξύ των πιο συχνών τρόπων θανάτου. Επιπλέον, αναλύθηκε, με μια σύντομη ιστορική αναδρομή, η θέση της Ψυχιατροδικαστικής στην αυτοκτονικότητα σήμερα. Η αυτοκτονικότητα και οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές επηρεάζονται αναλόγως από προστατευτικούς παράγοντες και από παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι απαριθμίστηκαν και αναλύθηκαν εκτενώς. Με αυτό το κομμάτι τελειώνει το πρώτο μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Στο ξεκίνημα της δεύτερης ενότητας αναφέρθηκαν ο ορισμός της Εργοθεραπείας, τα πεδία εφαρμογής της και η σύνδεσή της με τον τομέα όχι μόνο της ψυχικής υγείας αλλά και της ψυχιατροδικαστικής επιστήμης. Στην συνέχεια αναφέρθηκαν οι εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις στα τέσσερα θέματα της Ψυχιατροδικαστικής που αφορούν αντιστοίχως την εργοθεραπεία στην αναγκαστική νοσηλεία, την εργοθεραπεία στις φυλακές και τα σωφρονιστικά ιδρύματα και την εργοθεραπεία σε άτομα με ψυχική νόσο και αυτοκτονικότητα. Το θέμα της αναγκαστικής νοσηλείας προσεγγίστηκε όχι τόσο μέσα από τις διαφορές των δομών στις οποίες λαμβάνει χώρα αλλά μέσα από την διαφορά του περιεχομένου της εργοθεραπευτικής διαδικασίας όταν αυτή είναι ατομική ή ομαδική. Και στις δύο περιπτώσεις αναλύθηκε ένα διαφορετικό εργοθεραπευτικό μοντέλο που αναγνωρίζεται ως το καταλληλότερο από την ερευνούμενη βιβλιογραφία. Επίσης, αναφέρθηκαν τα διάφορα είδη των ομάδων που λαμβάνουν χώρα σε μια ψυχιατρική κλινική, αλλά και η συλλογιστική πορεία που ακολουθεί ένας εργοθεραπευτής από την αξιολόγηση του ατόμου στην εφαρμογή της εργοθεραπευτικής πρακτικής.

Στο επόμενο κεφάλαιο της ενότητας, διερευνήθηκαν οι εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις στις φυλακές και άλλες δομές κράτησης παραβατών στην χώρα. Η εργοθεραπευτική πρακτική στην συγκεκριμένη περίπτωση ενισχύθηκε από την θεωρία της επιστήμης του έργου, και κατόπιν έγινε αναφορά στις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσει ένας εργοθεραπευτής κατά την εργασία του στις δομές αυτές.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της δεύτερης ενότητας αναφέρθηκαν οι εργοθεραπευτικές προσεγγίσεις στα άτομα με ψυχική νόσο και αυτοκτονικότητα σε σχέση με δύο σοβαρές ψυχικές ασθένειες, την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια. Επίσης, αναφέρθηκε ο ρόλος της εργοθεραπείας στην πρόληψη της αυτοκτονικότητας.

Τελειώνοντας, η κοινωνική επανένταξη και η ομαλή διαβίωση στην κοινότητα, αποτελούν τον απώτερο σκοπό κάθε εργοθεραπευτικής πρακτικής και παρέμβασης σε άτομα με δυσλειτουργία που εμπίπτει στο περίγραμμα της Ψυχιατροδικαστικής. Έτσι, στο τελευταίο κεφάλαιο αναφέρθηκε η συνεισφορά της Εργοθεραπείας στην κοινωνική επανένταξη τόσο των ασθενών με ψυχική νόσο μετά από μια αναγκαστική νοσηλεία, όσο και των ατόμων με ψυχική δυσλειτουργία από μια κοινή σωφρονιστική δομή στην κοινωνία.

Για να συνοψίσω όλα όσα έχω αναφέρει, θα ήθελα να τονίσω ότι στο τέλος της ημέρας ο εργοθεραπευτής ενδιαφέρεται για το νόημα της λειτουργίας και όχι για την δυσλειτουργία και με αυτό πορεύεται ώστε να μετατρέψει την ανημποριά σε ελπίδα και το αδύνατο σε δυνατό.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανδρουλάκης, Ν.Κ. (1973). *Ο ψυχίατρος – πραγματογνώμων εν τη ποινική δίκη*. Ποινικά Χρονικά ΚΓ. 321-335 12.
- Γιοβάνογλου, Σ., (2006). *Θεσμικά προβλήματα της κοινωνικής επανένταξης των αποφυλακισμένων*. Κοινωνική Αρωγή και Ποινική Δικαιοσύνη, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, τεύχος 2.
- Δουζένης, Α. (1993). *Ψυχικές Διαταραχές και Εγκληματικότητα*. Διδακτορική Διατριβή. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αιγινήτιο Νοσοκομείο. Αθήνα.
- Δουζένης, Α. και Λύκουρας, Λ. (2008). *Ψυχιατροδικαστική*. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.
- Δουζένης, Α. και Λύκουρας, Λ. (2010). *Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων*. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.
- Κατσαντώνης, Α. (1973). *Το πρόβλημα της καθόλου αντιμετώπισης των ψυχικώς νοσούντων και των ψυχοπαθητικών προσωπικοτήτων*. Ποινικά Χρονικά ΚΓ. 417-424.
- Κοτσάλης, Λ. (1983). *Ζητήματα της ελαττωμένης ικανότητας για καταλογισμό*. Ποινικά Χρονικά ΛΓ. 675-681
- Λιάπας, Ι.Β. (2018). *Η προβληματική της «ψυχιατρικής» νοσηλείας κατά τα άρθρα 95-100 του ν. 2071/1992 και κατά τα άρθρα 69-70^Α του Ποινικού Κώδικα*. Μεταπτυχιακή εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νομικής. Αθήνα
- Μαρκοπούλου, Μ. και συν. (2020). *Η εφαρμογή του Ν 4509/2017 στο Τμήμα Ψυχιατροδικαστικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης*. Ψυχιατρική 31.
- Σταθόπουλος, Κ. (1983). *Η διατάραξη των πνευματικών λειτουργιών ή της συνειδήσεως και η ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό από τη σκοπιά της δικαστηριακής πρακτικής*. Hans Gorringer: Ικανότητα για καταλογισμό και ελαττωμένη ικανότητα για καταλογισμό. Ποινικά Χρονικά ΛΓ. 657- 667
- Στριγγάρη, Μ.Γ. (1983). *Η επικινδυνότητα των ψυχικών διαταραχών*. Ποινικά Χρονικά ΛΓ. 1-12 5. Στάϊκος Αντ.: Επίτομος Ερμηνεία Ελληνικού Ποινικού Κώδικα.
- Στυλιανίδης, Σ. (1999). *Επικινδυνότητα και αυτοκτονικότητα ψυχικά ασθενών*. Στο Ψυχική Υγεία και ΜΜΕ Πρακτικά . Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ) και Ένωση Συντακτών Ημερήσιων Εφημερίδων Αθηνών (ΕΣΗΕΑ) : 64-68.
- Τσαλίκου, Φ. (1987). *Ο Μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Φωτάκης, Ν. (1973). *Ζητήματα εφαρμογής των άρθρων 34 και 36 Π.Κ. εξ όψεως του Ψυχιατρικού Πραγματογνώμονος*. Ποινικά Χρονικά ΚΓ. 344-354 11.

Φωτάκης, Ν. (1978). *Παρατηρήσεις επί των διατάξεων του Ποινικού Κωδικού όσον αφορά εις την ειδικήν μεταχείριση Ψυχικώς Πασχόντων Εγκληματιών*. Αρμενόπουλος. Τεύχη 2-3, Φεβρουάριος-Μάρτιος. 81-89.

Φωτάκης, Ν. (1983). *Καταλογισμός και Ψυχιατρική Πραγματογνωμοσύνη*. Ποινικά Χρονικά ΛΓ. 682-686 7.

Χολέβα, Β., Παρλαπάνη, Ε., Μποζίκας Β.-Π., Φώκας, Κ. (2016). *Εγχειρίδιο Κλινικής Εκπαίδευσης στην Ψυχική Υγεία*. University Studio Press Α.Ε. Θεσσαλονίκη

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Appel, J.M., Garakani, A. and Kunz, M. (2017). *Mount Sinai Expert Guides: Psychiatry*. 1st Edition. Κεφ. 43. John Wiley and Sons. Ltd.

Arie S. (2013). *Health effects of Greece's austerity measures are "worse than imagined", report researchers*. BMJ. 346:f2740.

Bourget D, Gagne P. (2006). *Fatricide: a forensic psychiatric perspective*. J Am Acad Psychiatry Law. 34: 529-533.

Chehil, S. and Kutcher, S., (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. 2nd Edition. Κεφ. 2. John Wiley and Sons. Ltd.

Chydenius, S.S. (1994). *Application of Occupational Therapy in the treatment of Depression*. Occupational Therapy International. Whun Publishers Ltd.

Christodoulou, G., Alevizos, B., Douzenis, A. (2002). *Compulsory admissions and Involuntary treatment in the EU-Greece: Compulsory admissions and Involuntary treatment of Mentally ill patients-Legislation and Practice in EU-Member states*. Research Project-Grand Agreement. Final report. Mannheim, Germany. Σελ.87-95

Couldrick L (2003) So what is forensic occupational therapy? In: L Couldrick, D Alfred (eds) *Forensic Occupational Therapy*. London: Whurr Publishers, Chapter 2, 11–21.

Crouch, R. and Alers, V. (2014). *Creative Ability: A Model for Individual and Group Occupational Therapy for Clients with Psychosocial Dysfunction*. Στο Moore, M. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 5th Edition. Σελ. 3-32. John Wiley and Sons, Ltd.

Crouch, R. and Alers, V. (2014). *Cultural Considerations in the Provision of an Occupational Therapy Service in Mental Health*. Στο Moore, M. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 5th Edition. Σελ. 59-66. John Wiley and Sons, Ltd.

Crouch, R. and Alers, V. (2014). *Forensic Psychiatry and Occupational Therapy*. Στο Moore, M. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 5th Edition. Σελ. 106-114. John Wiley and Sons, Ltd.

- Drain, J. et al. (2005). *Understanding Community Re-entry of Former Prisoners with Mental Illness: A Conceptual Model to Guide New Research*. John Wiley and Sons, Ltd.
- Duncan EAS, Munro K, Nicol MM (2003) *Research priorities in forensic occupational therapy*. British journal of Occupational Therapy.
- Durand MA, Lelliott P, Coyle N. (2006). *Availability of treatment for substance misuse in medium secure psychiatric care in England: a national survey*. J For Psychiatr Psychol. 17:611-625
- Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C.(2013). *Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis*. World Psychiatry. 12(1):53–9
- Fakhoury WK, Priebe S, PLAOS Study Group. (2006) *An unholy alliance: substance abuse and social exclusion among assertive outreach patients*. Acta Psychiatr Scand. 114:124-131.
- Farnworth, L., Morgan, S. and Bernadette, F. (1987). *Prison Based Occupational Therapy*. Australian Occupational Therapy Journal.
- Felthous, A.R. and Henning, S. (2014). *Handbook of Forensic Medicine*. 1st Edition. Κεφ. 44. John Wiley and Sons. Ltd.
- Fountoulakis KN. (2019). *Suicide rate in Greece stabilizes at historically high levels but still lowest in Europe*. J Affect Disord. 254:117–9.
- Fountoulakis KN. (2020). *Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: relationship to unemployment and economic variables*. J Affect Disord. 260:174–82.
- Fountoulakis KN. (2026). *Suicide and the economic situation in Europe: are we experiencing the development of a 'reverse stigma'?* Br J Psychiatry. 209(4):273–4.
- Gendel MH. (2006). *Substance misuse and substance-related disorders in forensic psychiatry*. Psychiatr Clin North Am. 29:649-673.
- Glover, J.S. (2009) The literature of occupational science: a systematic, quantitative examination of peer-reviewed publications from 1996–2006. *Journal of Occupational Science*, 16 (2), Σελ. 92–103.
- Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R. (1998). *Separation/divorce and child and adolescent suicide*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
- Gunnell DJ, Peter TJ, Kammerling RM, Brooks J. (1995). *Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socio-economic deprivation*. British Medical Journal.

Gunther J. (1998). *Ο καταλογισμός στο Ποινικό Δίκαιο. Ανάπτυξη του συστήματος από τις προϋποθέσεις των κανόνων*. Ποινικά Χρονικά Μη. 321-328.

Hawton K, van Heeringen K. (2009). *Suicide*. Lancet 2009. 373(9672):1372–81.

Huchzermeier C, Bruss E, Godt N, Aldenhoff J. (2006). *Kiel psychotherapy project for violent offenders. Towards empirically based forensic psychotherapy – disturbance profiles and risk of recidivism among incarcerated offenders in a German prison*. J Clin Forensic Med. 13:72-79.

Hunter, E. and McKay, E. (2014). *Advancing Occupational Therapy in Mental Health Practice*. Κεφ. 6. “Doing” in secure settings. Blackwell Publishing.

Jayaraman A, Frazer J. (2006). *Arson: a growing inferno*. Med Sci Law. 46:295-300.

Kielhofner, G. & Forsyth, K. (1997). *The Model of Human Occupation: an overview of the current concepts*. British Journal of Occupational Therapy. 60 (3). σελ. 103-110

Kielhofner, G. (1995). *A Model Of Human Occupation. Theory and Application*. 2nd Edition. Baltimore. William and Wilkins.

Kielhofner, G. (1997). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 2nd Edition. Philadelphia. F.A. Davis Co.

Kjelsberg E, Hartvig P, Bowitz H, et al. (2006). *Mental health consultations in a prison population: a descriptive study*. BMC Psychiatr. 7:27-35.

Koh KG, Gwee KP, Chan YH. (2006). *Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review (1997-2001)*. Singapore Med. 47:297-304.

Lana van Niekerk, (2014). *The Relevance of Occupational Science to Occupational Therapy in the Field of Mental Health*. Στο Moore, M. Occupational Therapy in Psychiatry and Mental Health. 5th Edition. Σελ. 33-41. John Wiley and Sons, Ltd.

Leenars, A.A., (2004). *Psychotherapy with suicidal people: A person centered approach*. John Wiley and Sons, Ltd.

Lloyd, C. (1987). *The role of occupational therapy in the treatment of forensic psychiatric patient*. Australian Occupational Therapy Journal. 34 (1). Σελ. 20-25

Mann, J.J. (2003). *Neurobiology of suicidal behaviour*. Nat Rev Neurosci 4, Σελ. 819–828

Meltzer, Y.H. (2002). *Suicidality in Schizophrenia: A Review of the Evidence for Risk Factors and Treatment Options*.

Miller M, Azrael D, Barber C. (2012). *Suicide mortality in the United States: the importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide*. Annu Rev Public Health. 33:393–408.

Mulvey EP, Odgers C, Skeem J et al. (2006). *Substance abuse and community violence: a test of the relation at the daily level*. J Consult Clin Psychol. 74:743-54

Munoz et al. (2016). *Harnessing the Power of Occupation to Meet the Needs of People in Criminal Justice Settings*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/oti.1439.

Rusch, N. et al. (2013). *Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness*. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2014) 264:35–43. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. DOI 10.1007/s00406-013-0412-5.

Varnik P. (2012). *Suicide in the world*. *Int J Environ Res Public Health*. 9 (3):760–71.

WHO. Suicide data. https://www.who.int/mental_health/prevention/suic

World Population Review. Suicide rate by country, 2019. <http://worldpopulationreview.com/countries/suicide-rate-by-country/>.

Zemke, R. (1996) Preface. In: R. Zemke & F. Clark (eds), *Occupational Science: The Evolving Discipline*, pp. vii–xviii. FA Davis, Philadelphia.