

# ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΟ NEWSLETTER ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΨΕ



## EDITORIAL

Ι. Γιαννοπούλου, Παιδοψυχίατρος  
Α. Δουζένης, Πρόεδρος Επιστημονικού Κλάδου Ψυχιατροδικαστικής ΕΨΕ

**Σ**το πρώτο Editorial αυτού του ενημερωτικού δελτίου του Κλάδου της Ψυχιατροδικαστικής αναφέραμε ότι τέτοιες προσπάθειες οφείλουν να επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα ύπαρξης τους με κάθε τεύχος. Όπως όλοι γνωρίζουν το να ξεκινήσεις μία προσπάθεια είναι κάτι δύσκολο, τις περισσότερες φορές όμως είναι πιο δύσκολο να την συνεχίσεις. Υπό αυτή την έννοια το δεύτερο τεύχος του newsletter προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση στους συντελεστές του και ελπίζουμε μεγαλύτερο ενδιαφέρον στους αναγνώστες του.

Το ενδιαφέρον και η ανταπόκριση των συναδέλφων έκανε το δεύτερο τεύχος πραγματικότητα και μάλιστα μας επέτρεψε σε αυτή την έκδοση να ασχοληθούμε με έναν τομέα της Ψυχιατροδικαστικής πιο συγκεκριμένο και ειδικό. Μακάρι και στο μέλλον το ενδιαφέρον και η διάθεση συμμετοχής στην προσπάθεια αυτή του κλάδου της Ψυχιατροδικαστικής της ΕΨΕ να είναι τέτοιο που να επιτρέπει την έκδοση και άλλων ενημερωτικών δελτίων με ειδική θεματολογία.

Η Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων είναι ένα αναπτυσσόμενο γνωστικό αντικείμενο. Η πρόσφατες αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο αντιμετώπισης της νεανικής παραβατικότητας στην Ελλάδα (ν. 3189/2003) και η νομοθετική ρύθμιση (ν. 3625/2007) για τον τρόπο εξέτασης ανηλίκων θυμάτων σεξουαλικής κακοποίησης ή εκμετάλλευσης καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, δομών και δικτύων υπηρεσιών για την εξειδικευμένη αντιμετώπιση - αξιολόγηση και παρέμβαση - των περιστατικών που εμπλέκονται στη δικαστική διαδικασία. Η συνεχής λοιπόν ενημέρωση για τα νέα επιστημονικά δεδομένα στο πεδίο της αναπτυξιακής ψυχολογίας, ειδικότερα της μνήμης και υποβολιμότητας, καθώς και στο πεδίο της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας είναι καθοριστικής σημασίας για τη συνέντευξη με κακοποιημένα παιδιά και

εφήβους. Είναι πέραν πάσης αμφιβολίας ότι ανήλικοι που παραβατούν ή κακοποιούνται βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης προβλημάτων ψυχικής υγείας αλλά και παραβατικότητας στην ενήλικη ζωή.

Ο Ψυχιατροδικαστικός Κλάδος της Ε.Ψ.Ε. σε συνεργασία με την Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδος πιστεύουμε ότι μπορεί να συνδράμει ουσιαστικά στα ψυχιατροδικαστικά δρώμενα και το παρόν έντυπο να αποτελέσει φόρουμ ενημέρωσης, ανταλλαγής απόψεων και υποβολής προτάσεων.

Θα θέλαμε να ενημερώσουμε τους αναγνώστες για την πρόσφατη έκδοση του βιβλίου Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων (Εκδόσεις Πασχαλίδης, 2010) το οποίο φιλοδοξεί να συμπληρώσει το κενό που υπάρχει στην ελληνική βιβλιογραφία, αφού τα θέματα που εμπίπτουν στο πεδίο αλληλοεπικάλυψης μεταξύ της Παιδοψυχιατρικής και της Νομικής Επιστήμης δεν έχουν αποτυπωθεί επαρκώς μέχρι σήμερα. Το βιβλίο απαρτίζεται από πέντε θεματικές ενότητες. Η πρώτη αναφέρεται στις γενικές κατευθυντήριες γραμμές κατά την αξιολόγηση παιδιών και εφήβων με ψυχιατροδικαστικές συνιστώσες. Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στην παιδική κακοποίηση και παραμέληση. Η τρίτη ενότητα εξετάζει ζητήματα ανηλίκων που εμπίπτουν στο Αστικό Δίκαιο ενώ η τέταρτη ενότητα επικεντρώνεται στους ανήλικους παραβάτες. Το βιβλίο ολοκληρώνεται με την ανάλυση ζητημάτων που προκύπτουν κατά την εμφάνιση ανηλίκων ενώπιον δικαστικών αρχών. Τέλος, το παράρτημα περιέχει το λεξιλόγιο νομικών όρων, υπόδειγμα συναίνεσης και αναφοράς πραγματογνωμοσύνης. Το βιβλίο επιτρέπει στον αναγνώστη να λάβει γνώση της ισχύουσας νομοθεσίας και εμπεριέχει πληροφορίες που αποκτούν πρακτική σημασία στο χειρισμό και στην αξιολόγηση περιστατικών στα πλαίσια δικαστικής διαδικασίας.

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Editorial	σελ. 01
Ψυχιατρική περίθαλψη στις φυλακές	σελ. 02
Η ψυχοδυναμική κατανόηση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας	σελ. 05
Εκφοβισμός και βία στα σχολεία: μια νέα πραγματικότητα;	σελ. 10
Παραβατικότητα και διαταραχές του αυτιστικού φάσματος υψηλής λειτουργικότητας	σελ. 12
Η αποκαταστατική δικαιοσύνη στην πράξη	σελ. 14
Η υπόθεση Ουτρο (Outreau) και διδάγματα για την Ελληνική πραγματικότητα	σελ. 15
A-νους (ή κρυφό-) εγκλήματάς;	σελ. 16
Παιδοκτονία: ζητήματα ταξινόμησης και πρόληψης	σελ. 17
Το προφίλ του ψυχολόγου πραγματογνώμονα	σελ. 19
Περιλήψεις παρουσιάσεων Συνεδρίου «Εργαζόμενοι με τους παραβατικούς εφήβους»	σελ. 20
Τύπος δεσμού και παραπτωματική / αντικοινωνική συμπεριφορά	σελ. 22
Η έννοια της ποινής: ανταπόδοση, από την ψυχολογική ανάγκη στην ηθική αναγκαιότητα	σελ. 26

### ΚΛΑΔΟΣ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΕΨΕ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ	Α. Δουζένης
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΣ	Α. Βούρδας Χ. Τσόπελας

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ/ΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΞΗΣ	Α. Δουζένης
ΜΕΛΗ	Ι. Γιαννοπούλου Α. Τσιάνης
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΥΛΗΣ	Γ. Τζεφεράκος

### ΕΚΔΟΣΗ

**MD** communications

ΕΚΔΟΤΗΣ: Δ. Κοντογεώργος  
Αθ. Παναγούλη 118  
153 43 Αγ. Παρασκευή  
Τηλ.: 210 6835999  
Fax: 210 6836077  
www.mdcom.gr

# ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ:

## Μια προσπάθεια παρέμβασης σε Κατάστημα Κράτησης από Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

Ν. Γκιωνάνκης, ψυχολόγος - Στ. Γκαραβέλλης, ψυχίατρος - Β. Ιακωβάκη, νοσηλεύτρια - Αθ. Χρυσασκούπουλος, ψυχίατρος

### Εισαγωγή

Σε αυτό το σημείωμα οι συγγραφείς αναφέρονται στην εμπειρία παρέμβασης σε κατάστημα κράτησης με στόχο την ψυχιατρική κάλυψη κρατουμένων. Η παρέμβαση έγινε από κλιμάκιο Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας, κατόπιν σχετικού αιτήματος του Υπουργείου Δικαιοσύνης προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ). Περιγράφεται η παρέμβαση και τα αποτελέσματά της καθώς και οι κυριότερες δυσκολίες που προέκυψαν κι οδήγησαν στην αναστολή της.

### 1. Ιστορικό

Τον Αύγουστο του 2008 η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας (ΔΨΥ) του ΥΥΚΑ κοινοποίησε σε μη κερδοσκοπικούς φορείς που έχουν την ευθύνη λειτουργίας Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας (ΚΜΨΥ), έγγραφο του τότε Γεν. Γραμματέα του Υπουργείου Δικαιοσύνης, στο οποίο γινόταν λόγος για την ψυχιατρική κάλυψη των καταστημάτων κράτησης από μονάδες ψυχικής υγείας. Στο διαβιβαστικό, το ΥΥΚΑ ζητούσε από τις ΚΜΨΥ των μη κερδοσκοπικών φορέων (ακόμη και σε περιοχές όπου ήταν αναπτυγμένες μονάδες ψυχικής υγείας από τον κρατικό τομέα, όπως για παράδειγμα τα Ιωάννινα με Ψυχιατρικό Τμήμα στο Γενικό Νοσοκομείο "Χατζηκώστα", η Ψυχιατρική Κλινική στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας και άλλα), ν' ανταποκριθούν στο αίτημα του Υπουργείου Δικαιοσύνης και σε περίπτωση θετικής ανταπόκρισης, να ενημερώσουν (και μόνο) σχετικά τη ΔΨΥ.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ενός Τομέα Ψυχικής Υγείας της Θεσσαλίας ανταποκρίθηκε θετικά στο αίτημα και διατύπωσε εγγράφως προς τη ΔΨΥ του ΥΥΚΑ και την αρμόδια Γενική Διεύθυνση του Υπουργείου Δικαιοσύνης τις προϋποθέσεις που θεωρούσε απαραίτητες προκειμένου να οργανώσει μια αποτελεσματική παρέμβαση στο τοπικό κατάστημα κράτησης. Ταυτόχρονα, ξεκίνησε σειρά επαφών με άλλες κινητές μονάδες που είχαν στην περιοχή ευθύνης τους φυλακές, με σκοπό την υιοθεσία κοινής στάσης προς τα συναρμόδια υπουργεία που θα επέτρεπε τη διαπραγμάτευση ενός πλαισίου συνεργασίας. Από αυτές τις επαφές προέκυψε ότι κάποιες από τις ΚΜΨΥ απέρριπταν εξ αρχής την παρέμβαση στις φυλακές ενώ άλλες έθεταν ως προϋπόθεση την αύξηση του προσωπικού τους για να είναι σε θέση να προβούν σε αυτή την ενέργεια καθώς και την επισήμοποίηση της παρέμβασης διαμέσου της έκδοσης σχετικής Κοινής Υπουργικής Απόφασης.

Στη βάση της λογικής ότι μια μονάδα ψυχικής υγείας που λειτουργεί στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας πρέπει να εξυπηρετεί κατά προτεραιότητα πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο νόσησης και ότι οι κρατούμενοι είναι μια τέτοια ομάδα πληθυσμού, η συγκεκριμένη ΚΜΨΥ αποδέχτηκε να διερευνήσει τη δυνατότητα παρέμβασης στις τοπικές φυλακές. Οι προϋποθέσεις για την παρέμβαση που η εν λόγω ΚΜΨΥ έθεσε εγγράφως προς τα Υπουργεία Δικαιοσύνης και Υγείας ήταν οι ακόλουθες:

1. Επεξεργασία και τήρηση ενός πλαισίου συνεργασίας που θα επιτρέψει την παρέμβαση της Κινητής Μονάδας στο Κατάστημα Κράτησης προς όφελος των κρατουμένων (και μάλιστα όσων έχουν ψυχικές διαταραχές που δεν είναι εξάρτηση από ουσίες, καθώς για τους εξαρτημένους οι κινητές μονάδες δεν είναι αρμόδιες -ούτε έχουν την ετοιμότητα- ν' απαντήσουν).
2. Αποδοχή, εντός του πλαισίου συνεργασίας, των αρχών που διέπουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις της σύγχρονης αντιλή-

ψης για την φροντίδα της ψυχικής υγείας και δη εκείνων που αφορούν στη διασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας και την ολοκληρωμένη, πολυδιάστατη παροχή υπηρεσιών.

3. Υποστήριξη της απρόσκοπτης -εντός των ορίων που επιβάλει η πραγματικότητα του Καταστήματος Κράτησης- λειτουργίας της Κινητής Μονάδας στο εσωτερικό του καταστήματος, με στόχο πάντα το θεραπευτικό όφελος για όσους εκ των κρατουμένων έχουν ανάγκη.
4. Τακτική αξιολόγηση των παρεμβάσεων, κυρίως με όρους σεβασμού των αρχών συνεργασίας μεταξύ του Καταστήματος κράτησης και της Κινητής Μονάδας.

Οι προϋποθέσεις αυτές τέθηκαν ως αφετηρία διαπραγμάτευσης μάλλον, παρά ως αυστηρά κριτήρια που θα καθόριζαν -δίκην "ουδού"- την έναρξη ή μη της παρέμβασης: με αυτόν τον τρόπο τέθηκε ένα συνολικότερο ζήτημα απ' αυτό που έθετε το Υπουργείο: **όχι απλά ψυχιατρική κάλυψη, αλλά φροντίδα της ψυχικής υγείας των κρατουμένων, άρα επισήμανση της ανάγκης για πιο ολοκληρωμένη παρέμβαση στη φυλακή.**

### 2. Το πλαίσιο

Το συγκεκριμένο Κατάστημα Κράτησης είναι νεόδμητο και ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Ιούλιο του 2006 ως κλειστή φυλακή (κατά την ορολογία και τις σχετικές διακρίσεις του σωφρονιστικού κώδικα της χώρας μας). Έχει δυναμικότητα 400 κρατουμένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι, στα αρχικά σχέδια, ο προβλεπόμενος αριθμός ήταν κατά πολύ μικρότερος (280), αλλά μετά από παρεμβάσεις που περιελάμβαναν -μεταξύ άλλων- την κατάργηση διάφορων κοινόχρηστων χώρων και τη μετατροπή των δίκλινων κελιών σε τρίκλινα, η δυναμικότητα ανήλθε στις 400 θέσεις. Την περίοδο της παρέμβασης οι κρατούμενοι ήταν σχεδόν διπλάσιοι (την 1/1/2009 ο αριθμός τους ανερχόταν στους 714, την 1/1/2008 ήταν 715, την αντίστοιχη ημερομηνία του 2007 ήταν 707 - πηγή: Γενικός Στατιστικός Πίνακας Κίνησης Κρατουμένων - Ποινών, Υπουργείο Δικαιοσύνης,

<http://www.ministryofjustice.gr/modules.php?op=modload&name=Sofronistiko&file=page2003-2009>).

Στο κατάστημα υπηρετεί ψυχολόγος και κοινωνικός λειτουργός, ενώ παρέχεται ιατρική κάλυψη από αγροτικό γιατρό που υπηρετεί τη θητεία του στις φυλακές. Περιστατικά που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης ή εξειδικευμένες εξετάσεις εξυπηρετούνται από το Γενικό Νοσοκομείο του νομού.

Η ΚΜΨΥ (με φορέα διαχείρισης τη «Συνειρμός-ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης») ξεκίνησε τη λειτουργία της τον Σεπτέμβριο του 2007. Αποστολή της είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον πληθυσμό που διαμένει στην περιφέρεια του νομού. Επισμαίνεται ότι ο νομός χαρακτηρίζεται από την σχεδόν παντελή έλλειψη υπηρεσιών δημόσιας ψυχικής υγείας (υπηρετεί ένας ψυχίατρος στο ΓΝ) και την ισχυρή παρουσία του ιδιωτικού τομέα (3 ιδιωτικές κλινικές και πληθώρα ιδιωτών ψυχιάτρων και ψυχολόγων).

Η ΚΜΨΥ στελεχώνεται, ως προς τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, από 2 ψυχιάτρους, 4 ψυχολόγους πλήρους απασχόλησης και μία μερικής απασχόλησης, δύο κοινωνικούς λειτουργούς, δύο επισκέπτες υγείας και μια νοσηλεύτρια. Ο επιστημονικός υπεύθυνος είναι ψυχίατρος.

Επιπλέον των συνηθισμένων δράσεών της, η ΚΜΨΥ αναπτύσσει δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας για άτομα με σοβαρές ψυχικές

διαταραχές που διαμένουν στην πρωτεύουσα του νομού.

Η παρέμβαση στο κατάστημα κράτησης ξεκίνησε στις 4 Οκτωβρίου 2008 και διακόπηκε στα τέλη Ιουλίου του 2009, μετά από σχετική απόφαση της ΚΜΨΥ, αφού προηγήθηκε συνάντηση με ανώτατα υπηρεσιακά στελέχη του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

### 3. Η παρέμβαση

Όλες οι προϋποθέσεις που η ΚΜΨΥ θεώρησε απαραίτητες για την επιτυχή εφαρμογή της παρέμβασης συζητήθηκαν με εκπροσώπους του Κεντρικού Επιστημονικού Συμβουλίου των Φυλακών σε συνάντηση που έλαβε χώρα τον Σεπτέμβριο του 2008 και έγιναν προφορικά αποδεκτές. Η παρέμβαση της Κινητής Μονάδας ξεκίνησε ένα μήνα μετά από αυτή την -έστω και προφορική- συμφωνία, αφού κρίθηκε απαραίτητη η άμεση έναρξη της παροχής υπηρεσιών σε κρατούμενους που ενώ είχαν ανάλογες ανάγκες, αυτές αντιμετωπιζόνταν στοιχειωδώς (ο μοναδικός ψυχίατρος του κρατικού τομέα που υπηρετούσε στο Γενικό Νοσοκομείο του νομού είχε την ευθύνη και για την ψυχιατρική κάλυψη των φυλακών. Οι κρατούμενοι που μπορούσαν να πληρώσουν είχαν πρόσβαση σε ιδιώτες ψυχιάτρους. Σε έκτακτες και εξαιρετικές περιπτώσεις, ήταν η ίδια η διεύθυνση του καταστήματος κράτησης που ζητούσε τη βοήθεια ιδιώτη ψυχιάτρου).

Κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας, αποτελούμενο από δύο ψυχιάτρους και μια νοσηλεύτρια, άρχισε να επισκέπτεται τις φυλακές μια φορά την εβδομάδα για 2 ή 3 ώρες κάθε φορά. Το προσωπικό της φυλακής μεριμνούσε για την προσέλευση των κρατουμένων με αίτημα ψυχιατρικής εξέτασης ή για επανεξέταση. Η προσέλευση των κρατουμένων για ψυχιατρική εξέταση και φροντίδα δεν ακολουθούσε κάποιο κριτήριο επιλογής, παρά μόνο αυτό της έκφρασης αιτήματος εκ μέρους τους ή αν το προσωπικό της φυλακής θεωρούσε επιβεβλημένη την ψυχιατρική εξέταση. Είχε καταστεί ευθύς εξ αρχής σαφές ότι το κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας θα εξυπηρετούσε αιτήματα φροντίδας που δεν θα είχαν σχέση με χρήση ουσιών, οι δε ψυχιάτροι δεν θα συνταγογραφούσαν φάρμακα που θα τους ζητούσαν ενδεχομένως οι εξεταζόμενοι.

Η εξέταση γινόταν σε χώρο της φυλακής, παρουσία μελών του προσωπικού της φυλακής (ενός νοσηλεύτη, ενίοτε της γιατρού - όταν είχε υπηρεσία). Όταν υπήρχε λόγος (π.χ., επιθετική συμπεριφορά εκ μέρους του κρατουμένου), παρευρισκόταν και φύλακας. Ο μέσος όρος της διάρκειας της εξέτασης ήταν 20', ενώ ο μέσος όρος του αριθμού των εξεταζόμενων περιστατικών 12.

Στο διάστημα Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2008 έλαβαν χώρα 10 επισκέψεις του κλιμακίου. Στις 8 από αυτές, για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία, εξετάστηκαν συνολικά 80 κρατούμενοι σε 84 πράξεις (οι 3 ήταν επανεξετάσεις). Τα προβλήματα που οδήγησαν τους κρατούμενους να αναζητήσουν ψυχιατρική βοήθεια ήταν: τοξικοεξάρτηση (58 περιστατικά), αϋπνία συνδεδεμένη με τοξικοεξάρτηση (7 περιστατικά), προβλήματα λόγω ψυχικής διαταραχής (15 περιστατικά). Το αίτημα που οι ίδιοι οι εξετασθέντες εξέφρασαν κατά τη διάρκεια της συνάντησης με τους ψυχιάτρους αφορούσε τη χορήγηση φαρμάκων (79 άτομα, ποσοστό 98,75% του συνόλου).

Το μεγαλύτερο μέρος (81%) των περιστατικών που αιτήθηκαν ψυχιατρική εξέταση ανέφεραν πρόβλημα σχετικό με εξάρτηση από ουσίες. Μόνο 15 στα 80 περιστατικά (19%) είχαν αμιγώς ψυχιατρικό πρόβλημα και ενέπιπταν στην αρμοδιότητα του έργου της Κινητής Μονάδας. Εξ αυτών, 5 περιστατικά είχαν διάγνωση "ψυχωσική συνδρομή" και τα υπόλοιπα 10 ανήκαν διαγνωστικά στις συναισθηματικές διαταραχές.

Η διαχείριση των περιστατικών με ψυχιατρικό πρόβλημα περιλάμβανε τη χορήγηση ψυχοφαρμακευτικής αγωγής και την τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση ενώ, στην περίπτωση ενός ατόμου, ζητήθηκε παραπομπή σε μονάδα νοσηλείας (ψυχιατρείο Κορυδαλλού).

Η συμπλήρωση ενός διμήνου παρέμβασης έδωσε την ευκαιρία για έναν πρώτο απολογισμό και αξιολόγηση της παρέμβασης και της συνεργασίας, που συζητήθηκαν με τη Διεύθυνση της φυλακής και το εμπλεκόμενο προσωπικό σε συνάντηση που έλαβε χώρα στις αρχές του 2009.

Τα συμπεράσματα αυτής της αξιολόγησης του πρώτου διμήνου παρέμβασης συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1. **Στους ψυχιάτρους προσέρχονται κυρίως τοξικοεξαρτημένοι (το ποσοστό υπερβαίνει το 80% του συνόλου των κρατουμένων που ζήτησαν εξέταση από το κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας) και μάλιστα με αίτημα μη θεραπευτικής συνταγογράφησης ψυχοφαρμάκων. Συνέπεια του γεγονότος αυτού είναι, άτομα που έχουν ανάγκη από ψυχιατρική βοήθεια, την οποία η Κινητή Μονάδα μπορεί να τους προσφέρει, να μην έχουν πρόσβαση σε αυτή ή όταν έχουν, να είναι περιορισμένη και αντιστρόφως ανάλογη των αναγκών τους.**
2. **Η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής που συνταγογραφούν οι ψυχιάτροι στους έχοντες ανάγκη γίνεται χωρίς πρόβλημα.**
3. **Δεν υπάρχει πρόβλημα με τις επανεξετάσεις ούτε γενικώς με τη συμμόρφωση στις οδηγίες των ψυχιάτρων.**

Κατά την προαναφερθείσα συνάντηση κατέστη ακόμη μια φορά σαφές ότι η εξυπηρέτηση ατόμων με πρόβλημα τοξικοεξάρτησης δεν εμπίπτει στις αρμοδιότητες της Κινητής Μονάδας. Επιπλέον, επισημάνθηκε ότι η διαχείριση των προβλημάτων που είναι συνδεδεμένα με τις τοξικοεξαρτήσεις και τις συνέπειές τους αποτελεί σύνθετο και διακριτό επιστημονικό τομέα για τον οποίο οι Κινητές Μονάδες ούτε την σχετική τεχνογνωσία, αλλά ούτε την ανάλογη εξουσιοδότηση - από το θεσμικό πλαίσιο της σύστασής τους - διαθέτουν. Έγινε μάλιστα γνωστό στους συμμετέχοντες στη συνάντηση ότι για τους ανθρώπους με προβλήματα τοξικοεξάρτησης υπάρχει ειδική μέριμνα από άλλα προγράμματα και μονάδες, που είναι απαραίτητο να ενεργοποιηθούν, ακόμη και με τη διαμεσολάβηση ή συνδρομή της Κινητής Μονάδας<sup>1</sup>.

Τέλος, για τη συνέχιση της παρέμβασης προτάθηκαν τα ακόλουθα:

1. Με τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας του Καταστήματος Κράτησης (γιατρό, ψυχολόγο, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτες) πρέπει να επιτευχθεί το «φιλτράρισμα» των αιτημάτων έτσι ώστε στους ψυχιάτρους του κλιμακίου της Κινητής Μονάδας να φθάνουν εκείνα που αφορούν βοήθεια για ψυχιατρικά προβλήματα. Κρίθηκε σκόπιμη η διεξαγωγή συναντήσεων μεταξύ των επαγγελματιών των δύο χώρων που θα επιτρέψουν την αναζήτηση τρόπων επίτευξης αυτού του στόχου.
2. Το κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας -αποτελούμενο από ψυχίατρο και νοσηλεύτρια- θα επισκέπτεται το Κατάστημα Κράτησης μια φορά την εβδομάδα για τρεις ώρες κάθε φορά.

Τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προέκυψαν κοινοποιήθηκαν στη ΔΨΥ του ΥΓΚΑ και το Υπουργείο Δικαιοσύνης, συνοδευόμενα από την εκ νέου υποβολή του αιτήματος για την έναρξη μιας διαδικασίας η οποία θα οδηγήσει στην θεσμοθέτηση της συνεργασίας των μονάδων ψυχικής υγείας με το σωφρονιστικό σύστημα.

Η παρέμβαση του κλιμακίου της Κινητής Μονάδας στο Κατάστημα Κράτησης συνεχίστηκε μέχρι τις 14 Ιουλίου 2009. Από τον Ιανουάριο, πραγματοποιήθηκαν συνολικά 17 επισκέψεις του κλιμακίου και 135 πράξεις (εκ των οποίων 56 επανεξετάσεις) που αφορούσαν σε 85 κρατούμενους. Εξ αυτών, 39 είχαν διάγνωση τοξικοεξάρτησης, 15 κατάθλιψης, 11 αϋπνίας, 7 αγχώδους διαταραχής, 6 διαταραχής προσωπικότητας (5 αντικοινωνικής, 1 μεταψυχιατρικής), 3 είχαν διπλή διάγνωση, 1 είχε διάγνωση ψυχωτικής συνδρομής, 1 συνδρόμου μετατραυματικού στρες, 1 δεν είχε

διάγνωση. Στη συντριπτική πλειονότητά τους οι εξετασθέντες είχαν ως αίτημα τη χορήγηση φαρμάκων. Η σχεδόν αποκλειστική παρέμβαση που ήταν δυνατή ήταν η συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής.

Η συνεργασία με το προσωπικό της φυλακής (κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο) περιορίστηκε στην παραπομπή ενός περιστατικού για ψυχολογική στήριξη. Έγιναν επίσης τρεις παραπομπές για νοσηλεία στο Ψυχιατρείο του Κορυδαλλού. Οι κρατούμενοι που παραπέμφθηκαν επανήλθαν στη φυλακή μετά από τη νοσηλεία τους.

Η παρέμβαση διακόπηκε τον Ιούλιο μετά από σύσκεψη με ανώτατα υπηρεσιακά στελέχη του Υπουργείου Δικαιοσύνης. Σε αυτή τη σύσκεψη κατέστη σαφές ότι δεν υπήρχε καμία διάθεση για τη βελτίωση της οργάνωσης της συνεργασίας και ακόμη λιγότερο για τη θεομοθέτησή της, δηλ. για την τήρηση των προϋποθέσεων που η Κινητή Μονάδα είχε θέσει εξ αρχής ή έστω την έναρξη διαπραγματεύσεων σε αυτή την κατεύθυνση. Στο μεταξύ, η κατάσταση στο κατάστημα κράτησης εξακολουθούσε να παραμένει ίδια: οι παραπομπές γίνονταν ως επί το πλείστον με το κριτήριο της αποφυγής της έντασης στο κατάστημα, δηλαδή το κλιμάκιο της Κινητής Μονάδας χρησίμευε (ή γινόταν προσπάθεια να χρησιμεύσει) για την αναχαίτηση των αιτημάτων των κρατουμένων για μη θεραπευτική συνταγογράφηση (χωρίς στο μεταξύ να γίνεται καμιά προσπάθεια για την οργάνωση κατάλληλης απάντησης σε αυτά τα αιτήματα) και όποιος απαιτούσε να δει ψυχίατρο, παραπεμπόταν στο κλιμάκιο για να του συνταγογραφηθεί φαρμακευτική αγωγή. Επιπλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η παρουσία του κλιμακίου της ΚΜΨΥ στη φυλακή λειτουργούσε ως άλλοθι προκειμένου να φανεί προς τα έξω ότι οι θεσμοί φροντίζουν την ψυχική υγεία των κρατουμένων.

#### 4. Συζήτηση

Μελέτες που έχουν γίνει διεθνώς<sup>2</sup> και στην Ελλάδα<sup>3</sup> έχουν δείξει την υψηλή επικράτηση ψυχικών διαταραχών τόσο σε προφυλακισμένους όσο και σε καταδικασμένους κρατούμενους και την ανάγκη για την παροχή ειδικής φροντίδας της ψυχικής υγείας τους. Αν και δεν έχει διερευνηθεί αρκετά ο τρόπος με τον οποίο οι φυλακές αντιμετωπίζουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας των κρατουμένων<sup>4</sup>, η ψυχιατρική κάλυψή τους είναι απαραίτητη καθώς η φυλάκιση θεωρείται ιδιαίτερα υψηλής έντασης ψυχοπιεστικός παράγοντας και παράγοντας κινδύνου για νόσηση ή για επιβάρυνση προβλήματος ή ψυχικής διαταραχής που προϋπάρχει. Σε άλλες χώρες, η φροντίδα της ψυχικής υγείας αποτελεί υποχρέωση των σωφρονιστικών ιδρυμάτων<sup>5</sup> ενώ, σε περιπτώσεις χωρών όπως η Νορβηγία, περιλαμβάνει ατομική ή/και ομαδική ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία ή άλλες, ad hoc οργανωμένες παρεμβάσεις<sup>6</sup>.

Στην Μεγάλη Βρετανία οι συστάσεις για την οργάνωση της φρο-

ντίδας της ψυχικής υγείας των κρατουμένων περιλαμβάνουν σειρά μέτρων όπως η συνεργασία των υπηρεσιών που λειτουργούν σε φυλακές και έχουν ως έργο τους τη φροντίδα της υγείας και της ψυχικής υγείας, την απεξάρτηση, την υποστήριξη μετά την αποφυλάκιση, η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του προσωπικού των φυλακών σε ειδικά θέματα ψυχικής υγείας, η βελτίωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας κρατουμένων με ελαφρά έως μέτρια προβλήματα κλπ<sup>7</sup>.

Από τη μεριά του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γραφείο Ευρώπης) θεωρεί πως η υγεία -άρα και η ψυχική υγεία- στις φυλακές είναι ζήτημα αιχμής για τις κοινωνίες με πολυπλοκότητα τέτοια που απαιτεί σύνθετες προσεγγίσεις οι οποίες περιλαμβάνουν μέριμνα για τη μείωση των κινδύνων της δημόσιας υγείας από την κράτηση αφού οι κρατούμενοι πολλές φορές διαβιούν σε μη υγιεινές συνθήκες, τη φροντίδα της υγείας των κρατουμένων που έχουν αντίστοιχη ανάγκη και την προαγωγή της υγείας των κρατουμένων και του προσωπικού<sup>8</sup>.

Είναι κατά τη γνώμη μας σαφές η προχειρότητα με την οποία αντιμετωπίστηκε από μεριάς της Πολιτείας το ζήτημα της παρέμβασης στις φυλακές για την ψυχιατρική περίθαλψη των κρατουμένων εν συγκρίσει τόσο με αυτά που απαιτούν οι διεθνείς οργανισμοί ή συνιστώνται αλλού όσο και των αναγκών που υπάρχουν. Η ανυπαρξία πλαισίου, η αποσπασματικότητα του μέτρου, η μη υποστήριξη της πρωτοβουλίας που το ίδιο το Υπουργείο Δικαιοσύνης ανέλαβε, η αδιαφορία με την οποία αντιμετωπίστηκαν οι προσκλήσεις της Κινητής Μονάδας για διάλογο και συνεργασία σε συνδυασμό με τις δυσκολίες που προέκυψαν στο πλαίσιο του πεδίου παρέμβασης -το κατάστημα κράτησης [με σημαντικότερες (α) τον υπερπληθυσμό κρατουμένων, που ακυρώνει οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια και (β) την απόσταση ανάμεσα στους θεραπευτικούς στόχους που έθετε το κλιμάκιο της κινητής μονάδας και αυτούς που έθετε η διεύθυνση καταδεικνύει το αδύνατο της οργάνωσης -υπ' αυτές τις συνθήκες- μιας αποτελεσματικής -θεραπευτικά και αποκαταστασιακά- παρέμβασης από εξωτερικούς παρεμβαίνοντες.

Αν τίθεται ζήτημα οργάνωσης μιας παρέμβασης προς όφελος των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές κρατουμένων τότε η Πολιτεία πρέπει να δείξει ειλικρινές ενδιαφέρον το οποίο θα μεταφραστεί στην πράξη στο άνοιγμα της φυλακής στην κοινότητα και τους φορείς της, ένας εκ των οποίων είναι το δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

#### Σημειώσεις

<sup>1</sup> Σ' αυτό το σημείο είναι σκόπιμη η αναφορά στο σχεδιασμό -από μεριάς της τότε ηγεσίας του Υπουργείου Δικαιοσύνης- κατασκευής και λειτουργίας κέντρου απεξάρτησης φυλακισμένων σε παρακείμενη της φυλακής έκταση που είχε παραχωρηθεί από το δήμο Τρικκαίων αντί της λειτουργίας Ειδικού Θεραπευτικού Τμήματος (ΕΙ.ΘΕ.Τ.) Απεξάρτησης Τοξικομανών στο κατάστημα. Είναι βέβαια άγνωστο αν και πότε θα λειτουργήσει αυτό το κέντρο.

<sup>2</sup> βλ. για παράδειγμα Fryers, T., Brugha, T., Grounds, A., and Melzer, D. (1998) Severe mental illness in prisoners, *BMJ*, 317:1025-1026

<sup>3</sup> βλ. για παράδειγμα, Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E., Xenitidis, K. (2006), Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners, *Int. J. Law and Psychiatry*, 29: 68-73

<sup>4</sup> Fazel, S., Danesh, J. (2002) Serious mental disorder in 23000 prisoner: a systematic review of 62 surveys, *The Lancet*, 359: 545-550

<sup>5</sup> Lohner J & Konrad (2006). Deliberate self-harm and suicide attempt in custody: distinguishing features in male inmates' self-injurious behaviour. *Int. J. Law and Psychiat.*, 29, 370-385.

<sup>6</sup> βλ. για παράδειγμα Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, H., Norbeck, P., Aase-Bente Rustad, A-B., Seem, M. and Vik., T-G. (2006) Mental health consultations in a prison population: a descriptive study *BMC Psychiatry*, 6:27

<sup>7</sup> Durcan, G., *From the inside - Experiences of prison mental health care*, Sainsbury Centre for Mental Health, London, 2008

<sup>8</sup> Mller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. and Nikogosian H. *Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2007

# Η ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στεφανάτου Πενταγιώτισσα - Ψυχολόγος, Νοσοκομείο Αιγινήτιο

## Εισαγωγή

Η αμηχανία της ψυχιατρικής κοινότητας σχετικά με την κατανόηση και την αντιμετώπιση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας είναι καταφανής σε κάθε απόπειρα βιβλιογραφικής αναδρομής της συγκεκριμένης ψυχοπαθολογικής οντότητας.

**Η απουσία κοινού διαγνωστικού πλαισίου μεταξύ των διαφόρων κλινικοθεωρητικών σχολών, η σύγκρουση σε ότι αφορά τους παράγοντες οι οποίοι υπερισχύουν στην αιτιοπαθγένεια και τον καθορισμό των κλινικών κριτηρίων, το πλήθος και η ετερογένεια των όρων που κατά καιρούς επικράτησαν για να ταυτοποιήσουν και να κατατάξουν ψυχοπαθολογικά τους ασθενείς με αντικοινωνικά στοιχεία, μαρτυρά την συνεχιζόμενη αντιπαράθεση και ασυμφωνία για τον κλινικό προσδιορισμό της διαταραχής.**

Οι αντικοινωνικοί ασθενείς, οι οποίοι ακόμη και εντός του θεραπευτικού πλαισίου, συστηματικά ψεύδονται, εξαπατούν, κλέβουν, εκφοβίζουν και ενίοτε σαγηνεύουν, επιφέρονται ή επιτίθενται, φαίνεται να εγείρουν τις πλέον αντιφατικές και πολωμένες θέσεις μεταξύ των κλινικών. Οι αντιπαράθεσεις και ο σκεπτικισμός δεν περιορίζονται στην αιτιολογία της διαταραχής. Αμφισβητείται, όχι μόνο η δυνατότητα θεραπευτικής ανταπόκρισης των αντικοινωνικών ασθενών αλλά και το αν ακόμη υφίσταται νόσος, δεδομένου ότι, όπως αναφέρει ο Gabbard (2006), υπάρχουν και σήμερα απόψεις που υποστηρίζουν ότι πρόκειται για «εγκληματίες» και ως εκ τούτου δεν εμπίπτουν στην δικαιοδοσία της ψυχιατρικής. Προς επίρρωση των αντιφατικών στάσεων των κλινικών απέναντι στους αντικοινωνικούς ασθενείς, ο Gabbard γλαφυρά διαπιστώνει: “ οι αντικοινωνικοί ασθενείς είναι ίσως αυτοί που έχουν μελετηθεί περισσότερο από όλα τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας, αλλά είναι επίσης και οι ασθενείς τους οποίους οι κλινικοί τείνουν να αποφεύγουν σε μεγαλύτερο βαθμό.

**Η πολυωνυμία του όρου οφείλεται:** 1) στην μετατόπιση του βάρους που δίδονταν στους διαφόρους παράγοντες οι οποίοι συνεισφέρουν στην πρόκληση της διαταραχής(ψυχολογικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς) και 2) στον εντοπισμό της διαταραχής, άλλοτε στο επίπεδο της προσωπικότητας και άλλοτε στο επίπεδο της συμπεριφοράς. Αρχικά επικράτησε ο όρος «ψυχοπαθνητικός» και «ψυχοπαθνητικότητα», ο οποίος περιλαμβάνεται στην πρώτη εμπεριστατωμένη μελέτη των ασθενών αυτών από τον Cleckley (Gabbard, 2006). Η ψυχοπαθνητικότητα ορίζεται στην μελέτη αυτή κυρίως με ψυχολογικά κριτήρια. Σταδιακά, τα επόμενα χρόνια αντικαθίσταται από τους όρους «κοινωνιοπαθής» και «κοινωνιοπάθεια» με προφανή την στροφή προς τις κοινωνικές αιτίες ανάπτυξης της διαταραχής. Αργότερα, οι όροι «αντικοινωνική προσωπικότητα» και «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» υιοθετούνται αντίστοιχα από τη δεύτερη και τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM II το 1968 και DSM III το 1980.

Σε ότι αφορά το DSM III, η υπερβολική χρήση κριτηρίων της συμπεριφοράς, η παράβλεψη των ψυχολογικών-ενδοψυχικών κριτηρίων σχετικών με την προσωπικότητα, όπως και η υπερβολική έμφαση στην παραπρωματική συμπεριφορά είχαν ως αποτέλεσμα να δίδεται η διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας σε μια σειρά από εγκληματίες με πολύ διαφορετικές προσωπικότητες, οι οποίοι προέρχονταν από περιθωριοποιημένες ομάδες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Σε μελέτη των Hare & Hart (Gabbard, 2006), το 50-80 % του πληθυσμού των φυλακισμένων, στους οποίους εφαρμόστηκαν τα

κριτήρια του DSM III, έλαβαν την διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Όταν στον ίδιο πληθυσμό εφαρμόστηκαν τα κριτήρια της ψυχοπαθνητικότητας, σύμφωνα με τον ορισμό του Cleckley, μόλις το 25% πληρούσε τα κριτήρια αυτά. Το DSM IV, συμπεριέλαβε ορισμένα κριτήρια περισσότερο προσανατολισμένα στα ψυχοπαθνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, χωρίς εντούτοις να διαφοροποιεί την κλινική εικόνα της διαταραχής. Δυστυχώς και στην περίπτωση των κριτηρίων του DSM IV άτομα με σαφή ψυχοπαθνητική συμπεριφορά μπορεί να μην πληρούν τα κριτήρια της αντικοινωνικής διαταραχής ή αντίστροφως άτομα που πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής να μην έχουν ψυχοπαθνητική προσωπικότητα.

Δηλαδή η συμπεριφορά ατόμων με απαρτιωμένο εαυτό και πιο ώριμους μηχανισμούς ενδέχεται να παρουσιάζει ψυχοπαθνητικά στοιχεία. Αντιπροσωπευτική είναι η μελέτη του Stewart(1991), την οποία αναφέρει στο βιβλίο της η Mc Williams(2000) για την ακραία κακόηθη συμπεριφορά που παρατηρείται στα υψηλόβαθμα στελέχη της διοίκησης επιχειρήσεων των Η.Π.Α.

Οι Kernberg και Meloy (1988), κλινικοί της ψυχοδυναμικής προσέγγισης, στους οποίους έχει μεγάλη απήχηση ο όρος ψυχοπαθνητικότητα, κατάφεραν να συστηματοποιήσουν ένα συγκεκριμένο διαγνωστικό πλαίσιο ταξινόμησης της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Η ταξινόμηση αυτή περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ασθενών από τους σοβαρά ψυχοπαθνητικούς ασθενείς έως τα άτομα με ναρκισσιστική και νευρωσική διαταραχή προσωπικότητας με αντικοινωνική συμπεριφορά. Κατά αυτόν τον τρόπο, μπόρεσαν να καλυφθούν τα ελλείμματα της ταξινόμησης του DSM IV σε ότι αφορά την διάγνωση, την αιτιολογία και κυρίως την δυνατότητα για θεραπεία των ασθενών αυτών.

Στόχοι του παρόντος άρθρου είναι να παρουσιαστεί η ψυχοδυναμική κατανόηση της ψυχοπαθνητικής προσωπικότητας όπως αυτή αναπτύχθηκε από τις εργασίες κυρίως των Kernberg, Meloy και Nancy Mc Williams.

Ο όρος ψυχοπαθνητικότητα από ψυχοδυναμική άποψη συνιστά διαγνωστικό όρο ο οποίος αναφέρεται σε ψυχολογικά και σε βιολογικά – ιδιοσυστασιακά χαρακτηριστικά, τα οποία δεν εμπεριέχονται στο DSM IV.

Ο Kernberg εντάσσει την ψυχοπαθνητικότητα στο πλαίσιο της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας. Υποστηρίζει την ύπαρξη ενός ναρκισσιστικού συνεχούς, τοποθετώντας την αντικοινωνική/ψυχοπαθνητική διαταραχή προσωπικότητας στο πλέον παθολογικό άκρο του. (βλέπε πίνακα)

### Πίνακας: Ένα συνεχές της αντικοινωνικής και ψυχοπαθνητικής συμπεριφοράς

6. Αντικοινωνική συμπεριφορά ως μέρος μιας νεύρωσης με συμπτώματα
5. Νευρωτική διαταραχή προσωπικότητα με αντικοινωνικά χαρακτηριστικά
4. Αντικοινωνική συμπεριφορά σε άλλες διαταραχές προσωπικότητας
3. Ναρκισσιστική διαταραχή της προσωπικότητας με αντικοινωνική συμπεριφορά
2. Κακόηθης ναρκισσιστικό σύνδρομο
1. Αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας/ψυχοπαθνητικότητα (επιθετικός τύπος, παρασιτικός τύπος)

Πηγή: Gabbard (2000)

Συνοπτικά εδώ παρατίθενται τα τυπικά χαρακτηριστικά της ναρκισσοειδούς προσωπικότητας, ενώ στο επόμενο μέρος του άρθρου θα παρουσιαστούν τα ειδικά γνωρίσματα των ασθενών με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και κακοήθη ναρκισσοειδισμό, σύμφωνα με την ταξινόμηση του Kernberg, από την άποψη της παθολογίας του Υπερεγώ, της αμυντικής λειτουργίας και του συναισθήματος.

Οι όροι «αντικοινωνικός» και «ψυχοπαθητικός» θα εναλλάσσονται ως έννοιες συνώνυμες και θα αναφέρονται στα άτομα με αντικοινωνική οργάνωση της προσωπικότητας και κακοήθη ναρκισσοειδισμό, καθώς αποτελούν τις σοβαρότερες εκφάνσεις της ψυχοπαθητικής παθολογίας. Η περιγραφή των άλλων κατηγοριών της ταξινόμησης Kernberg, μολονότι είναι εξαιρετικά χρήσιμες για τον κλινικό, υπερβαίνουν τους στόχους του συγκεκριμένου άρθρου. Στον ενδιαφερόμενο αναγνώστη προτείνεται το βιβλίο του Kernberg (1984) *severe personality disorders*, για μια πιο διεξοδική μελέτη όλου του φάσματος των ασθενών με αντικοινωνικά στοιχεία στην συμπεριφορά.

Οι ψυχοπαθητικοί ασθενείς παρουσιάζουν τα τυπικά γνωρίσματα της ναρκισσοειδούς διαταραχής προσωπικότητας τα οποία συνοψίζονται στα εξής: υπερβολική αναφορά και επικέντρωση στον εαυτό, αίσθηση μεγαλείου και επιδειξιμανία, στάση ανωτερότητας, απερισκεψία και υπερβολική φιλοδοξία, υπερβολική εξάρτηση από τον θαυμασμό των άλλων, συγκινησιακή επιπολαιότητα και σοβαρές κρίσεις ανασφάλειας οι οποίες εναλλάσσονται με την κυρίαρχη αίσθηση μεγαλείου. Σε ότι αφορά τις σχέσεις με το αντικείμενο, παρατηρείται υπέρμετρος φθόνος, συνειδητός και ασυνείδητος, υποτίμηση των άλλων, εκμεταλλευτικές σχέσεις που εκδηλώνονται με απλυστία, υπεξαίρεση των ιδεών και της παρουσίας των άλλων και ιδιοποίησης της, αδυναμία γνώσης εξάρτησης από τους άλλους στα πλαίσια μιας αμοιβαίας σχέσης και αξιοσημείωτη απουσία εναισθητικής ικανότητας και δέσμευσης με τους άλλους. Η βασική κατάσταση του Εγώ περιλαμβάνει χρόνιο αίσθημα κενού, ενδείξεις αδυναμίας να μάθουν από την εμπειρία, αίσθηση μοναχικότητας, πείνα για ερεθισμούς και μια διάχυτη αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει νόημα. Η παθολογία του Υπερεγώ συνοψίζεται στην ανικανότητα να βιώσουν πένθος και θλίψη για τον εαυτό τους, αδυνατούν να επεξεργαστούν έντονες μεταλλαγές της διάθεσης, ενώ η ενδοψυχική ζωή κυριαρχείται περισσότερο από το αίσθημα της ντροπής παρά της ενοχής. Απουσιάζει ένα σύστημα ενήλικων αξιών, γεγονός που καθρεπίζεται στη διατήρηση παιδιαστικών αξιών. Η αυτοεκτίμησή τους συνδέεται με το σωματικό κάλλος, τη δύναμη, τον πλούτο, το να έχουν τον θαυμασμό των άλλων, αντί για ενήλικες αξίες όπως είναι οι προσωπικές ικανότητες, οι επιτεύξεις, οι υπευθυνότητες, οι σχέσεις με ανώτερα πανανθρώπινα ιδανικά.

Η Nancy Mc Williams αποδέχεται την δομική ανάλυση του Kernberg για την κατανόηση των αντικοινωνικών ασθενών, διαφωνεί ωστόσο με την ένταξη των ασθενών αυτών στο φάσμα της ναρκισσοειδούς οργάνωσης προσωπικότητας και υποστηρίζει ότι οι αντικοινωνικοί ασθενείς θα πρέπει να αποτελούν διαφορετική ψυχοπαθολογική οντότητα. Η κριτική της εστιάζεται κυρίως στην εξής διαφορά: οι επιθετικές και εκμεταλλευτικές συμπεριφορές των αντικοινωνικών ασθενών γίνονται συνειδητά και είναι εγωσυντονικές. Αντίθετα, οι οριακοί ή οι ναρκισσοειδείς ασθενείς εξοργίζουν τους γύρω τους γιατί, προσπαθώντας να επιβιώσουν με έμμεσους τρόπους, κάνουν τους άλλους να αισθάνονται αντικείμενα εκμετάλλευσης, χωρίς ωστόσο οι ίδιοι να συνειδητοποιούν ξεκάθαρα τι κάνουν και οι άλλοι θυμώνουν μαζί τους.

### **Η πάσχουσα υπερεγωική λειτουργία και ο απειλητικός κόσμος των εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου**

Η προκλητική απάθεια, η αδιατάρακτη ηρεμία και ενίοτε ο σαδι-

στικός θρίαμβος με τον οποίο οι ψυχοπαθητικοί ασθενείς αψηγούνται τις κακοποιτικές και επιθετικές τους συμπεριφορές έναντι των θυμάτων τους, αφήνει εμβρόντητους συχνά τους αστυνομικούς και, όχι σπάνια, τρομάζει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν αναλάβει την θεραπεία τους, ακινητοποιώντας τη σκέψη τους. Ακόμη και όταν πρόκειται για αντικοινωνικούς ασθενείς μικρότερης επικινδυνότητας, εντυπωσιάζει η έπαρση και η απουσία ενοχής με την οποία περιγράφουν εξαπατήσεις, κλοπές ή ραδιουργίες κάθε υποκειμένου εκμετάλλευσης γύρω τους.

Ο Kernberg (1984), επιδιώκοντας από ψυχοδυναμική άποψη να εξηγήσει τους παθολογικούς τρόπους που οι ασθενείς αυτοί επιστρατεύουν προκειμένου να επιβιώσουν, μιλά για μια ειδική παθολογία των εσωτερικευμένων ηθικών συστημάτων, στο πλαίσιο μιας ναρκισσοειδούς διαταραχής προσωπικότητας. Πρόκειται για μια μαζική αποτυχία στην ανάπτυξη του Υπερεγώ, εξαιτίας σοβαρής δυσλειτουργίας στην διαδικασία εσωτερίκευσης των πρωταρχικών αντικειμένων. Απουσιάζει δηλαδή η φυσιολογική εξάρτηση από καλά γονεϊκά αντικείμενα. Η ταύτιση με τα γονεϊκά αντικείμενα και η συνακόλουθη αφομοίωσή τους, προϋπόθεση αδήριτη για την διαδικασία σχηματισμού του Υπερεγώ, είτε είναι ανεπαρκής, είτε δεν έλαβε ποτέ χώρα. Η Nancy Mc Williams (2000), αναφέρει ένα απόσπασμα από τη μελέτη του Meloy για την ψυχοπαθητικότητα, το οποίο περιγράφει ευσύνουπα την παθολογία του Υπερεγώ στους αντικοινωνικούς ασθενείς: " (...) υπάρχει μια έλλειψη βαθέων και ασυνείδητων ταυτίσεων, αρχικά με την πρωταρχική γονεϊκή μορφή και, τελικά, με τις αρχετυπικές και καθοδηγητικές ταυτίσεις με την κοινωνία, το πολιτισμικό πλαίσιο και το ανθρώπινο είδος ".

Ο Kernberg (1984), συσχετίζει την σοβαρότητα της παθολογίας στην διαμόρφωση του Υπερεγώ με τη βαρύτητα της κλινικής εικόνας των ασθενών με αντικοινωνική συμπεριφορά, τους οποίους εντάσσει σε μια διαβαθμισμένη κλίμακα ενός ναρκισσοειδούς συνεχούς. Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Kernberg (βλ. Πιν), στο πλέον παθολογικό άκρο του φάσματος του ναρκισσοειδούς συνεχούς βρίσκονται οι ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας στους οποίους και εντοπίζεται η σοβαρότερη υπερεγωική παθολογία. Πρόκειται για τους αμιγώς ψυχοπαθητικούς αρρώστους. Ένα από τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά τους είναι ότι στερούνται κάθε έννοια ηθικής συνείδησης, εκδήλωσης συμπόνιας για τους άλλους, ενώ μοιάζει να μη διαθέτουν στοιχειώδη ανθρωπιά. Όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις συνέπειες των αντικοινωνικών συμπεριφορών τους, μολονότι ενδέχεται να εκφράσουν την συγγνώμη τους, ειδικά απέναντι στους εκπροσώπους του νόμου, στην πραγματικότητα τα αισθήματα γνώσης ενοχής και μεταμέλειας είναι ολοσχερώς απόντα. Άλλοτε επιδεικνύουν αποκάλυπτη αδιαφορία στην αιτιολόγηση των πράξεών τους και άλλοτε επικαλούνται μια σειρά από ευλογοφανείς δικαιολογίες, προκειμένου να αποποιηθούν κάθε δική τους υπαιτιότητα. Το ρεπερτόριο των αντικοινωνικών συμπεριφορών τους περιλαμβάνει κλοπές, απάτες, πλαστογραφία, συστηματική ψευδολογία, εμπορία ναρκωτικών, πορνεία και γενικότερα μια τάση για συστηματική εκμετάλλευση των άλλων γύρω τους. Οι ασθενείς αυτοί κατατάσσονται σύμφωνα με τον Kernberg στον παρασιτικό-παθητικό τύπο αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Όταν οι αντικοινωνικές πράξεις αφορούν φόνους, σαδιστική μεταχείριση και βασανισμό των θυμάτων, και ένοπλη ληστεία τότε πρόκειται για τον επιθετικό τύπο της ίδιας διαταραχής.

Τυπικό γνώρισμα των ασθενών αυτών είναι η παντελής έλλειψη γνώσης ενδιαφέροντος για τον άλλο, η ολοσχερής δηλαδή αποτυχία ανάπτυξης συναισθηματικών δεσμών και ψυχικών επενδύσεων, πλην των σχέσεων εκείνων όπου θεωρούν ότι υπάρχει χώρος και δυνατότητα να εκμεταλλευτούν τους άλλους. Διακινούνται αποκλειστικά από σχέσεις στο πλαίσιο των οποίων θριαμβεύουν ασκώντας σαδιστικό έλεγχο, καθώς έτσι ενισχύεται το αίσθημα

παντοδυναμίας και μεγαλειώδους εαυτού. Είναι θα έλεγε κανείς, σοβαρά εξαρτημένοι από τις σχέσεις εκείνες όπου διαμέσου της εκμετάλλευσης, της καταστροφικότητας και του σαδιστικού ελέγχου, επιβεβαιώνεται η κυριαρχία τους. Εξάλλου, είναι ίσως ο μόνος τρόπος με τον οποίο μπορούν να συνδεθούν με τους γύρω τους. Από την άλλη πλευρά, διαμέσου της επιθετικότητας επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση του εαυτού, μειώνεται η ψυχική ένταση και ανακτάται η αυτοεκτίμηση τους (Nancy Mc Williams, 2000).

Ο αντικοινωνικός ασθενής μν έχοντας ο ίδιος εσωτερικεύσει ένα ηθικό αξιακό σύστημα, αδυνατεί να αντιληφθεί ότι οι άλλοι ενδέχεται να εμφορούνται από ηθικές αρχές και ιδανικά τα οποία γνήσια συμμερίζονται. Αντιθέτως, πιστεύουν ότι οι ηθικές απαιτήσεις της κοινωνίας συνιστούν ένα σύστημα με το οποίο όλοι ψευδοσυμμορφώνονται, και το οποίο κάποιος διεφθαρμένος και ισχυρός, ελαυνόμενος από τα ίδια με αυτούς κίνητρα, το εκμεταλλεύονται, ενώ άλλοι, οι αφελείς και αδύναμοι, υποτάσσονται. Αυτό ίσως να εξηγεί γιατί δεν επιδιώκουν να επανορθώσουν για τις πράξεις τους όταν γίνονται αντιληπτοί και γιατί τότε διακατέχονται κυρίως από αισθήματα ντροπής και όχι ενοχής. Τα αισθήματα ντροπής απορρέουν από την διαπίστωση ότι απεδείχθησαν ανάξιοι να εξαπατήσουν και από την αίσθηση ότι βρέθηκαν στην ίδια θέση με τους αδύναμους και υποταγμένους στο κυρίαρχο σύστημα.

Από ψυχοδυναμική άποψη, η υπερεγωτική παθολογία των αντικοινωνικών ασθενών εντοπίζεται στην αποτυχία εξιδανίκευσης και ενδοβολής των αντικειμένων, δεδομένου ότι οι γονείς τους ή τα άτομα που τα φρόντιζαν υπήρξαν ακατάλληλοι για να προσελκύσουν την κάθετη ψυχικής ενέργειας εκ μέρους τους, όταν ήταν παιδιά. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Jacobson, στο ιστορικό των ασθενών αυτών αναφέρεται γονεϊκή κακοποίηση, σκληρότητα, σοβαρή παραμέληση και σφοδρές συγκρούσεις μεταξύ των γονιών. Ο Kernberg (1984) εμπνεόμενος από την εργασία της Jacobson σχετικά με την φυσιολογική και παθολογική ανάπτυξη του Υπερεγώ, περιγράφει ανάγλυφα τα σοβαρά ελλείμματα στην υπερεγωτική απαρτίωση των ασθενών με α) αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και β) των ασθενών με κακοήθη ναρκισσισμό (βλ. Πιν.).

Οι ασθενείς αυτοί κυριαρχούνται από τους πρώιμους σαδιστικούς προδρόμους του Υπερεγώ. Πρόκειται σύμφωνα με την Jacobson για τους πρώτους δομικούς λίθους υπερεγωτικής συγκρότησης στην έναρξη της ζωής του βρέφους, οι οποίοι αντανακλούν την εσωτερική των φαντασιακών, σαδιστικά απαγορευτικών και τιμωρητικών μορφοειδών. Δηλαδή τις "κακές", συγχωνευμένες αναπαραστάσεις εαυτού και αντικειμένου, τις οποίες το βρέφος προβάλλει πάνω στη ματαιωτική μητέρα του ή και στα άλλα αντικείμενα, ως μέρος της προσπάθειας να αρνηθεί την επιθετικότητα του. Η επικράτηση αυτών των σαδιστικών προδρόμων του Υπερεγώ στους αντικοινωνικούς ασθενείς είναι τόσο ισχυρή, ώστε οι μετέπειτα εξιδανικευμένοι πρόδρομοι του Υπερεγώ, οι οποίοι αναπτύσσονται στο πλαίσιο της συμβιωτικής σχέσης μητέρας βρέφους, να μην μπορούν να δομηθούν επαρκώς ή και καθόλου, με συνέπεια να είναι ανίσχυροι να ουδετεροποιήσουν την επιθετικότητα των πρώτων στον ψυχισμό. Η απουσία των εξιδανικευμένων προδρόμων του Υπερεγώ – δηλαδή των συγχωνευμένων ιδανικών αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου, οι οποίες συγκροτούν το Ιδεώδες του Εγώ και επιτρέπουν την λιβιδινική επένδυση του βρέφους στη συμβιωτική σχέση με την μητέρα και τις προσδοκίες της – παρεμποδίζει την απαρτίωση του Υπερεγώ όπως και την μετέπειτα ενδοβολή των πιο ώριμων, ρεαλιστικών γονεϊκών μορφών της οιδιπόδειας περιόδου.

Σύμφωνα με τον Kernberg, οι εμπειρίες άγριας επιθετικότητας και σοβαρής παραμέλησης των αντικοινωνικών ασθενών από τα γονεϊκά τους αντικείμενα κατέστησαν τα αντικείμενα αυτά ακατάλληλα προς ταύτιση και εξιδανίκευση. Ο κόσμος των σχέσεων με τα αντικείμενα έχει υποστεί «κακοήθη εξαλλαγή», κατάσταση που οδηγεί στον σχηματισμό και την σταθεροποίηση ενός παθολογικά

μεγαλειώδους σαδιστικού εαυτού, ο οποίος υποκατέστησε τους σαδιστικούς προδρόμους του Υπερεγώ. Μοιραία φέρουν την τραυματική πεποίθηση ότι οι δυνητικά καλές, αμοιβαία ικανοποιητικές σχέσεις με τα αντικείμενα είναι εύθραυστες, αδύναμες και ως εκ τούτου αναξιόπιστες. Εξάλλου, βιώνουν τα εξωτερικά αντικείμενα ως αναξιόπιστα, απρόβλεπτα, σκληρά και τιμωρητικά, δεδομένου του τρομακτικού κόσμου των απειλητικών εσωτερικών τους αντικειμένων.

Οι δραματικές εμπειρίες των ασθενών αυτών και η δεινή θέση στην οποία βρέθηκαν δεν τους άφησαν περιθώρια για καλοήθεις τρόπους επιβίωσης.

Σε ότι αφορά τους ασθενείς με κακοήθη ναρκισσισμό, ο τρόπος επιβίωσης συνίσταται στην απόλυτη μαζοχιστική υποταγή στα σαδιστικά παντοδύναμα γονεϊκά αντικείμενα, τα μόνα διαθέσιμα για ταύτιση και εξιδανίκευση. Κατόρθωσαν δηλαδή οι ασθενείς αυτοί να εξιδανικεύσουν ένα αντικείμενο και να ταυτιστούν μαζί του, ακόμη κι αν αυτό είναι ένας αμείλικτος τύραννος. " Αυτό συνέβη γιατί κάποιος εξιδανικευμένος πρόδρομος του Υπερεγώ κατάφεραν να ενταχθούν στον διηθημένο με επιθετικότητα, παθολογικό μεγαλειώδη εαυτό " γράφει ο Kernberg (1984).

Σε αντίθεση με τους ασθενείς με κακοήθη ναρκισσισμό, στους ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας απουσιάζει η εξιδανίκευση ολοσχερώς. Η αποτυχία της εξιδανίκευσης και υποταγής σε ένα αντικείμενο, ακόμη κι αν αυτό είναι μια αδυσώπητη σαδιστική εξουσία, ώθησε τους ασθενείς αυτούς να πιστέψουν ότι το μόνο αντικείμενο που έχουν διαθέσιμο είναι ο εαυτός τους. Η μόνη δύναμη, δηλαδή, την οποία μπορούν να εμπιστευτούν είναι η δική τους, ενώ η άσκηση σαδιστικού ελέγχου έναντι των άλλων και η καταστροφικότητα είναι ο μόνος αξιόπιστος και ασφαλής τρόπος επιβίωσης και προστασίας μέσα σε ένα κόσμο ανάλητο και αδίστακτο. Στο σημείο αυτό είναι σκόπιμο και πάλι να επισημανθεί ότι σύμφωνα με την ταξινόμηση του Kernberg η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας επιμερίζεται σε δύο τύπους: 1) τον "επιθετικό" και 2) τον παρασιτικό – εκμεταλλευτικό. Η καθολική επικράτηση της αρχής της ευχαρίστησης παρατηρείται και στους δύο τύπους. Εντούτοις, στους ασθενείς του επιθετικού τύπου η ικανοποίηση του σαδιστικά μεγαλειώδους εαυτού επέρχεται διαμέσου της απόλυτης, της αδιαφοροποίητης επιθετικότητας και καταστροφής όλων των σχέσεων αντικειμένου. Κατά αυτό τον τρόπο ανακόπτεται ακαριαία κάθε πιθανότητα ανάπτυξης οποιασδήποτε συναισθηματικής σχέσης με τους άλλους, όπως και με τον θεραπευτή. Για τον λόγο αυτό ο Kernberg υποστηρίζει ότι η ψυχοθεραπεία αντενδείκνυται στους ασθενείς αυτού του τύπου. Η προσαρμογή τους στο κόσμο, η σταθεροποίηση του εαυτού και το αίσθημα ασφάλειας επιτυγχάνεται μόνο μέσω της συνεχούς διαδραμάτισης ενός σαδιστικού θριάμβου έναντι των άλλων.

Στους αντικοινωνικούς ασθενείς του παρασιτικού τύπου, η σαδιστική ικανοποίηση εκδηλώνεται με την διάψευση της σημασίας όλων των σχέσεων και με την παλινδρόμηση στην εξιδανίκευση των εξαρτητικών αναγκών για φαγητό, σεξ, χρήματα, προνόμια και δύναμη. Συνεπώς οι άλλοι αγνοούνται ως πρόσωπα και αντιμετωπίζονται μόνο ως μέσα απόσπασης των απαραίτητων για την κάλυψη των αναγκών. Η σαδιστική ικανοποίηση και ο θρίαμβος εδώ, επιτυγχάνεται διαμέσου της αδίστακτης εκμετάλλευσης των άλλων. Πρόκειται στην πραγματικότητα για τον θρίαμβο της εκδίκησης ενάντια στον απειλητικό κόσμο των εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου και αυτό αφορά και τους δύο τύπους αντικοινωνικών ασθενών.

Κρίνεται σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες, στο ιστορικό αρκετών αντικοινωνικών ασθενών δεν αναφέρεται γονεϊκή κακοποίηση ή σοβαρή παραμέληση, ώστε να δικαιολογείται η ανάπτυξη αντικοινωνικής παθολογίας,

Η Mc Williams από την κλινική της εργασία με αντικοινωνικούς ασθενείς διευκρινίζει ότι είναι οι ίδιοι οι γονείς οι οποίοι, μέσω προβλητικής ταύτισης, επενδύοντας στην παντοδυναμία του παιδιού τους, διαμόρφωσαν και συντήρησαν σε εκείνο έναν υπερτροφικό εαυτό, καλλιεργώντας του την εσφαλμένη ιδέα ότι η πραγματικότητα δεν μπορεί να θέτει εμπόδια στην άσκηση της κυριαρχίας του στους άλλους. Γράφει χαρακτηριστικά: " τέτοιοι γονείς έχουν την τάση να αντιδρούν με οργή όταν δάσκαλοι, σύμβουλοι ή αστυνομικοί προσπαθούν να θέσουν όρια στο παιδί τους, ακριβώς επειδή ταυτίζονται με την ανυπακοή του και εκδραματίζουν την προσωπική τους εχθρότητα προς την "έξουσία". Στις περιπτώσεις αυτών των ψυχοπαθητικών ασθενών, όπου η ψυχοπάθεια είναι προϊόν ταύτισης με το γονεϊκό αντικείμενο, η πρόγνωση είναι καλύτερη, όπως σε κάθε αντικοινωνικό ασθενή ο οποίος κατάφερε να ταυτιστεί με ένα αντικείμενο, πέραν του εαυτού του.

### Η πρωτόγονη αμυντική λειτουργία

Η επιστράτευση πρωτόγονων αμυνών με προεξάρχοντα τον παντοδύναμο έλεγχο αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ψυχοπαθητικότητας. Η τροφοδότηση του κακοήθους μεγαλειώδους εαυτού διαμέσου μιας σαδιστικής κυριαρχίας έναντι των άλλων συνιστά ζωτικής σημασίας διεργασία για την ψυχική επιβίωση των αντικοινωνικών ασθενών, μολοντί πρόκειται για μια ακραία παθολογική διαδικασία προσαρμογής.

Είτε εκδηλώνεται ως απροκάλυπτη επιθετικότητα και βασανισμός είτε ως ανενδοίαστη εκμεταλλευτικότητα, η διεργασία αυτή στους αντικοινωνικούς ασθενείς είναι συνειδητή και συντονική προς το Εγώ, όπως επισημαίνει η Nancy Mc Williams (2000). Εξάλλου η ανεπίσχετη αυτή τάση για την σαδιστική κατακυριεύση του άλλου ευθύνεται κατά κύριο λόγο για την παρεμπόδιση της θεραπευτικής διαδικασίας, δεδομένης της προσπάθειας του αντικοινωνικού ασθενή να θριαμβεύσει σαδιστικά έναντι του θεραπευτή, απαξιώνοντας τον και τρομοκρατώντας τον. Η ευθεία σχέση μεταξύ της επιτακτικής ανάγκης άσκησης παντοδύναμου ελέγχου και της εκδήλωσης ακραίας αντικοινωνικής συμπεριφοράς αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι η ένταση της αντικοινωνικής συμπτωματολογίας μειώνεται από την μέση ηλικία και μετά έως ότου φθίνει τελείως με το πέρασ των χρόνων. Μια πιθανή εξήγηση της σταδιακής κατάρρευσης των παντοδυναμικών μηχανισμών με την πάροδο της ηλικίας είναι η εξασθένηση της σωματικής δύναμης, η μείωση των ορμονικών εκκρίσεων, οι οποίες ίσως να συνδέονται με την πίεση για δράση, η επιβράδυνση της ταχύτητας απόκρισης σε ερεθίσματα και η επιβάρυνση της γενικότερης υγείας.

Άλλος βασικός πρωτόγονος αμυντικός μηχανισμός των αντικοινωνικών ασθενών είναι η προβλητική ταύτιση. Υποδηλώνει την πρώιμη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης των ασθενών αυτών, όπως και την δυσχέρεια να έλθουν σε επαφή με τις δυσάρεστες σκέψεις και τα δυσφορικά συναισθήματά τους, να τα επεξεργαστούν και να τα εκφράσουν λεκτικά. Η ένδεια της λεκτικής συναισθηματικής έκφρασης των ψυχοπαθητικών ασθενών πιθανά συνδέεται με το οικογενειακό περιβάλλον το οποίο αποθάρρυνε την έκφραση των συναισθημάτων, καθώς κάτι τέτοιο εκλαμβάνονταν ως ένδειξη αδυναμίας και ευαλωτότητας. Έχει δε βρεθεί από μελέτες σε οικογένειες ασθενών με αντικοινωνική διαταραχή ότι ο λόγος και η ομιλία χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για τον έλεγχο της συμπεριφοράς του άλλου ή για την εκμετάλλευση των γύρω τους.

Η επιστράτευση πρωτόγονων μηχανισμών όπως η προβλητική ταύτιση αποσκοπεί ασυνείδητα στην πρόκληση στους άλλους των ίδιων δυσφορικών συναισθημάτων που οι αντικοινωνικοί ασθενείς βιώνουν, προκειμένου και να απαλλαγούν από αυτά τα συναισθήματα και να επικοινωνήσουν στο περιβάλλον τους πως αισθάνονται.

Ο αντικοινωνικός ασθενής για παράδειγμα ο οποίος ξεκινά θεραπεία κατόπιν απόφασης του δικαστηρίου προκειμένου να αποφύγει την φυλάκιση, έχει την τάση να απαξιώνει τον θεραπευτή και τις προσπάθειες του να τον βοηθήσει, αποδίδοντας του ιδιοτελή κίνητρα αντίστοιχα με τα δικά του, καθώς δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι ο θεραπευτής ενδέχεται να διακινείται από γνήσιο ενδιαφέρον για εκείνον.

Οι διασχιστικές διεργασίες είναι επίσης χαρακτηριστικές της αμυντικής οργάνωσης της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Τα διασχιστικά φαινόμενα στους ασθενείς αυτούς εκφράζουν την τάση για αποποίηση της δικής τους υπαιτιότητας και κυμαίνονται από την υποβάθμιση της σοβαρότητας των αδικημάτων τους, την ελαχιστοποίηση της ευθύνης τους και την απόδοση των αιτιών σε ασήμαντες ή άσχετες καταστάσεις, έως την καθολική αμνησία σχετικά με την τέλεση μιας σοβαρής εγκληματικής ενέργειας. Εντούτοις, καθίσταται εξαιρετικά δυσεπίτευκτο να διευκρινιστεί, στην περίπτωση που ένας αντικοινωνικός ασθενής υποστηρίξει ότι δεν θυμάται καθόλου την διάπραξη ενός σοβαρού εγκλήματος, αν πρόκειται για μια γνήσια διασχιστική αντίδραση ή αν είναι ένα πρόσχημα, ώστε να αποφύγει τις συνέπειες των πράξεών του. Αφενός οι αντικοινωνικοί ασθενείς λένε συνειδητά ψέματα και είναι κατά κανόνα αναξιόπιστοι, αφετέρου η διάσχιση συνδέεται συχνά με την κακοποίηση, και το ιστορικό των ασθενών αυτών συνήθως βρήκει από σοβαρές κακοποιητικές εμπειρίες. Όπως υποστηρίζει η Nancy Mc Williams η διαφοροδιάγνωση σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη και από έμπειρο κλινικό, δεδομένου ότι έχει θεραπευτικές συνέπειες αλλά και νομικές. Η διασχιστική συμπτωματολογία έχει καλύτερη πρόγνωση έναντι της αντικοινωνικής και στην περίπτωση που αποδειχθεί πως πράγματι η επιθετική συμπεριφορά συνδέεται με την διάγνωση της διαταραχής πολλαπλής προσωπικότητας – που ωστόσο είναι δύσκολο να αποδειχθεί ακόμη και από έμπειρους κλινικούς- το άτομο που τέλεσε την εγκληματική πράξη, όπως π.χ ένα φόνο, ενδέχεται να αθωωθεί λόγω μειωμένου καταλογισμού, σε χώρες όπως οι Η.Π.Α., όπου ο ποινικός κώδικας προβλέπει κάτι ανάλογο.

Η εκδραμάτιση είναι η πλέον αντιπροσωπευτική άμυνα του ψυχοπαθητικού ρεπερτορίου. Πρόκειται για μια επιτακτική εσωτερική πίεση για δράση ως απάντηση σε κάθε ερέθισμα που προκαλεί άγχος, δυσφορία, αναστάτωση ή πόνο. Η αναστολή δε της λεκτικής συναισθηματικής έκφρασης και η ψυχρότητα, η οποία χαρακτηρίζει τους ψυχοπαθητικούς ασθενείς, τους εξωθεί έτι περαιτέρω σε συμπεριφορές εκδραμάτισης, ενώ συχνά δημιουργεί εσφαλμένα την εντύπωση ότι δεν αισθάνονται άγχος. Η απουσία ανοχής στο άγχος, η δυσχέρεια να βιώσουν θλίψη και πένθος ή να αντέξουν ματαιώσεις και απώλειες, η δυσκολία να ερωτευτούν και να νιώσουν τρυφερά συναισθήματα στις σεξουαλικές και διαπροσωπικές τους σχέσεις, συνδέεται με την πεποίθηση ότι η βίωση τέτοιων συναισθημάτων είναι δυνητικά επικίνδυνη, καθώς αποτελεί ένδειξη αδυναμίας. Εξάλλου ο σαδιστικά παντοδύναμος είναι «καλός», ενώ ο αδύναμος είναι «κακός». Εκδραματίζοντας διαμέσου επιθετικών ή εκμεταλλευτικών συμπεριφορών, αποσοβούν αφενός την «τοξική» επίδραση των συναισθημάτων και κατατροπώνουν πραγματικά ή φαντασιστικά εκείνον που τα διακίνησε.

### Η οργή και το μίσος ασπίδα ενάντια στον πρωτόγονο φθόνο

Είναι αξιοσημείωτη η παράφορη οργή και το μίσος από το οποίο κατακλύζονται οι αντικοινωνικοί ασθενείς, σε αντιδιαστολή με την δυσκολία τους να βιώσουν και να εκφράσουν άλλα συναισθήματα. Εντούτοις, η οργή και το μίσος τα οποία χαρακτηρίζουν την περίπλοκη συμπεριφορά τους, ελέγχουν τον πρωτόγονο φθόνο τον οποίο ασυνείδητα αισθάνονται και ο οποίος δημιουργεί ανείπωτο τρόπο και αφόρτες ενδοψυχικές συγκρούσεις. Η έννοια



του πρωτόγονου φθόνου εισάγεται από τη Melanie Klein και αναφέρεται στο φθόνο που εγείρεται στο βρέφος, όταν αρχίζει να συνειδητοποιεί την ύπαρξη ενός «καλού» αντικειμένου, δηλαδή της μητέρας, και άρα διαφορετικού από εκείνο. Η επίγνωση ότι το «καλό» αντικείμενο το οποίο επιθυμεί βαθύτατα είναι ξεχωριστό από το βρέφος, συνιστά τρομακτική απειλή για την παντοδυναμία του και ουσιαστικά για την επιβίωση του. Έτσι αναπτύσσονται στο βρέφος φαντασιώσεις επίθεσης στην πηγή της ζωής (μαστός-σώμα της μητέρας) με στόχο να εισχωρήσει μέσα στο αντικείμενο, να ελέγξει το περιεχόμενό του και να το καταστρέψει (Hinshelwood, 2008). Οι ασθενείς, σύμφωνα με την κατάταξη του Kernberg, οι οποίοι πάσχουν από κακοήθη нарκισσισμό, διαμέσου της υποτίμησης ουδένποτε «καλού» γύρω τους, προστατεύονται από τα αισθήματα πρωτόγονου φθόνου, καθώς δεν χρειάζεται να φθονεί κανείς κάτι απαξιωμένο, αφού δεν είναι πλέον ικανό να απειλήσει την παντοδυναμία του μεγαλειώδους εαυτού. Αντίθετα, οι ασθενείς με την καθαυτό αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας προστατεύονται από τον φθόνο που αισθάνονται μόνο διαμέσου της επιθετικής και εκμεταλλευτικής συμπεριφοράς προς τους άλλους.

### Θεραπεύσιμοι ή αθεράπευτοι

Παρά το στερεότυπο του «αθεράπευτου» που φέρουν οι αντικοινωνικοί ασθενείς, η έρευνα και η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι αρκετοί από αυτούς μπορούν να ωφεληθούν από το κατάλληλο είδος θεραπείας, εφόσον προηγηθεί προσεκτική αξιολόγηση (Kernberg 1984), (Meloy 1988). Ακόμη και οι πιο σοβαρά αντικοινωνικοί ασθενείς οι οποίοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στην ψυχοθεραπεία, εξαιτίας της σφοδρής επιθυμίας τους να καταστρέψουν τους στόχους της θεραπείας, φάνηκε ότι είχαν κάποια

βελτίωση μετά από παρατεταμένες νοσηλείες σε ειδικά κλειστά ενδονοσοκομειακά πλαίσια ή θεραπευτήρια των φυλακών. Συγκεκριμένα όταν στο ενδονοσοκομειακό πλαίσιο μπορεί να διασφαλιστεί ένας σταθερός, ανελαστικός και αδιάφθορος έλεγχος του περιβάλλοντος, σε συνδυασμό με την ομαδική ψυχοθεραπεία με μέλη παραπτώματιες αντικοινωνικούς ασθενείς, οι ασθενείς αυτοί μπορούν να έχουν κάποια θεραπευτικά οφέλη. Η σταθερά αυστηρή και αδιάφθορη στάση του προσωπικού παρεμποδίζοντας την ανάπτυξη συμπεριφορών όπως την σαγήνη, την παραπλάνηση, το να παριστάνουν τα θύματα ή να εκφοβίζουν, ενδέχεται να τους βοηθήσει ώστε να έλθουν σε επαφή με τα δυσφορικά συναισθήματά τους, αντί να τα εκκενώνουν με τους σαδιστικούς παντοδυναμικούς προσφιλείς τους τρόπους.

Η ίδια σταθερή, άκαμπτη και αδιάφθορη στάση προτείνεται και για τον ατομικό θεραπευτή ο οποίος θα αναλάβει αντικοινωνικούς ασθενείς με πιο ελαφρά ψυχοπαθητική συμπεριφορά. Η ατομική θεραπεία συστήνεται εφόσον, κατόπιν εκτίμησης, έχει διασφαλιστεί ότι δεν απειλείται η ζωή του κλινικού και έχουν περιοριστεί τα δευτερογενή οφέλη από την θεραπεία (αποφυγή της φυλάκισης, ευνοϊκή έκθεση για το δικαστήριο κ.τ.λ.). Ο ατομικός θεραπευτής είναι σημαντικό να μπορεί να αντέχει την συνεχή απαξίωση του, τα ψέματα, τις πιθανές κλοπές, κ.α. Εφόσον κατορθώνει να διαχειρίζεται τα αντιμεταβιβαστικά του συναισθήματα, πηρώντας απარέγκλιτα τους κανόνες του θεραπευτικού συμβολαίου, υπάρχει κάποια ελπίδα να κατορθώσει να βοηθήσει τον αντικοινωνικό ασθενή. Βοήθεια εν προκειμένω σημαίνει ο αντικοινωνικός ασθενής να μπορέσει να ανακουφιστεί κάπως από τον βάνανσο, κακοήθη, παθολογικά μεγαλειώδη κόσμο στον οποίο γεννήθηκε, από τον οποίο εξαρτήθηκε προκειμένου να ζήσει και επιτακτικά αναπαράγει για να επιβιώσει.

### Βιβλιογραφία

- Gabbard, G.O (2006). Ομάδα Β διαταραχών Προσωπικότητας: Αντικοινωνική. Στο Glen O. Gabbard, Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην κλινική πράξη, (επιμ. Ελληνικής έκδοσης: Θ. Υφαντίς), Αθήνα: Εκδόσεις Βίτα
- Hinshelwood R. D (2008) : Λεξικό της Κλαϊνικής Σκέψης, (Επιμ. Γ. Μανιαδάκης, Γ. Χαλκιά), Περιστέρι : Εκδόσεις Νοόγραμμα Εκδοτική
- Kernberg, O F (1984): Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, Yale University Press
- Mc Williams, N (2000) : Ψυχοπαθητικές (Αντικοινωνικές Προσωπικότητες). Στο Ψυχαναλυτική Διάγνωση, (Επιμ. Τ. Αναγνωστοπούλου, Σ. Τριλίβα), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Meloy JR (1988) : The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics and Treatment. Northvale, NJ, Jason Aronson,



# ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ

## Παιδιών & Εφήβων

Ι. Γιαννοπούλου - Αθ. Δουζένης - Α. Λίκουρας



Αθήνα: Τετραπόλεως 14, 115 27 Αθήνα,  
Τηλ.: 210 7789 125, 7793 012, Fax: 210 7759 421  
Θεσσαλονίκη: Κων. Μελενίκου 5, ΤΚ 546 35,  
Τηλ/Fax: 2310 214440

# ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΒΙΑ ΣΤΑ ΣΧΟΛΕΙΑ: ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;

Γεωργία Ζαβράκα, MSc., Ψυχολόγος - Ψυχοθεραπεύτρια, Επιστημονική Συνεργάτης του Ινστιτούτου Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης (Ι.Ψ.Α.)

## Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η βία στα σχολεία της χώρα μας είναι ολοένα και φανερότερη. Διεθνώς έχουν ήδη αρχίσει μεταρρυθμίσεις στο σχολικό πρόγραμμα με στόχο να αντιμετωπιστούν προβλήματα που αφορούν την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Η επίδοση των μαθητών και η ψυχική τους υγεία είναι δυο έννοιες αλληλένδετες μεταξύ τους. Το κλίμα που επικρατεί στο σχολικό περιβάλλον διαμορφώνει το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο κινούνται τα παιδιά και το κοινωνικό πλαίσιο στη συνέχεια οδηγεί και διαμορφώνει τις ανθρώπινες σχέσεις και τον τρόπο που σχετίζονται τα παιδιά μεταξύ τους.

Τι σημαίνει όμως σχολικός εκφοβισμός ή όπως είναι ο όρος στα αγγλικά «school bullying»; Ο σχολικός εκφοβισμός αναφέρεται στην ειδική χρήση βίας (σωματική, λεκτική, έμμεση, ηλεκτρονική) σκόπιμης ή συχνά επαναλαμβανόμενης που ασκείται από ένα παιδί ή μια ομάδα παιδιών εναντίον ενός ή περισσότερων παιδιών. Το χαρακτηριστικό αυτής της συμπεριφοράς είναι η συστηματική χρήση της βίας και η ανισορροπία στη σχέση μεταξύ των δυο. Το παιδί που ασκεί τη βία είναι δυνατότερο είτε σωματικά είτε ψυχικά από το παιδί το οποίο υφίσταται τη βία. Τα παιδιά που υφίστανται αυτή τη βία συμπεριφορά δεν μπορούν να υπερασπίσουν τον εαυτό τους με αποτέλεσμα να βλάπτονται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά.

Ο σχολικός εκφοβισμός δεν είναι ένα καινούργιο φαινόμενο, υπάρχει όσο υπάρχουν και τα σχολεία. Πριν από κάποια χρόνια όμως πιστεύαμε πως δεν μπορούσαμε να κάνουμε κάτι και γενικότερα από πολλούς θεωρούνταν μέρος της «πλάκας» μεταξύ των παιδιών και τρόπος «σκληραγώγισης, για να βγουν τα παιδιά στην κοινωνία». Στις μέρες μας γνωρίζουμε πως πρόκειται για αντικοινωνική συμπεριφορά, που τραυματίζει εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο και εμποδίζει στην ομαλή σχολική ζωή.

Πώς μπορούμε όμως να ξεχωρίσουμε το σχολικό εκφοβισμό από το παιχνίδι; Πολλές φορές έχουμε δει τα παιδιά να παίζουν και να χτυπιούνται μεταξύ τους και μάλιστα άγρια κάποιες φορές. Αυτό όμως που κάνει τη διαφορά ανάμεσα στο παιχνίδι και το σχολικό εκφοβισμό είναι πως στο σχολικό εκφοβισμό κάποιος από τους δυο υποφέρει.

## Μορφές σχολικού εκφοβισμού

- ▶ Σωματική βία (κλοτσιές, μπουνιές, γροθιές, σπρωξίματα, χαστούκια, τραβήγματα μαλλιών). «Κάθε μεσημέρι, μετά το σχολείο, στο δρόμο προς το σπίτι με περίμενε η ίδια παρέα για να με χτυπήσει, και να μου πετάξει τα πράγματά μου στο δρόμο...».
- ▶ Λεκτική βία (κοροϊδία, βρίσιμο, παρατσούκλια, χειρονομίες, κακά σχόλια για την εθνικότητα ή την οικονομική κατάσταση ενός παιδιού). «Με κοροϊδεύανε για τη χώρα από την οποία ήρθα, με φωνάζανε βρομιάρη και λέγανε σε όλους πως μύριζα άσχημα...».
- ▶ Με συμπεριφορές (αποκλεισμός από παρέες και φίλους, απομόνωση, διάδοση ψευδούς φήμης, αποκλεισμός από αθλητικές δραστηριότητες). «Κάθε φορά που ξεκινούσε μια αθλητική δραστηριότητα στα διαλείμματα, λέγανε σε όλους πως δεν ξέρω να παίζω και όποιος με πάρει στην ομάδα του, σίγουρα θα χάσει...».
- ▶ Ηλεκτρονική βία (χρήση internet, κινητά με κλήσεις και sms με προσβλητικό περιεχόμενο, χρήση κάμερας με σκοπό την

απειλή και ταπείνωση του παιδιού). «Άνοιξαν ξαφνικά την πόρτα της τουαλέτας, μ' έβγαλαν φωτογραφία με το κινητό και μετά την έδειξαν σε όλα τα παιδιά της τάξης...».

## Οι διαστάσεις του σχολικού εκφοβισμού

Σε όλο τον κόσμο έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες έρευνες σχετικά με τον σχολικό εκφοβισμό. Πιο συγκεκριμένα, στατιστικές της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης (American Medical Association) αναφέρουν ότι 15 – 30% των μαθητών εμπλέκονται σε φαινόμενα εκφοβισμού είτε ως θύματα είτε ως θύτες. Η σωματική κακοποίηση ξεκινά στις τάξεις του Δημοτικού, κορυφώνεται στο Γυμνάσιο και γίνεται λιγότερο συχνή στο Λύκειο, ενώ η λεκτική κακοποίηση φαίνεται να παραμένει σταθερή. Σύμφωνα με τις ίδιες πηγές πάνω από τα 2/3 των μαθητών στις ΗΠΑ θεωρούν ότι τα σχολεία δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στον εκφοβισμό.

Και στη χώρα μας όμως, την τελευταία δεκαετία κανένα άλλο θέμα, σχετικό με το σχολείο και την εκπαιδευτική διαδικασία, δεν γνώρισε τέτοια δημοσιότητα όσο η βία στους σχολικούς χώρους. Για το λόγο αυτό έχει διεξαχθεί μια πληθώρα ερευνών. Στατιστικές έρευνες έχουν δείξει πως θύματα της βίας των συμμαθητών τους πέφτουν 3 στους 10 μαθητές του Δημοτικού και ένας στους δέκα εφήβους στην Αθήνα. Εκατοντάδες μαθητές των σχολείων της πρωτεύουσας ασκούν βία εναντίον άλλων παιδιών. Τα στοιχεία αυτά προκύπτουν από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ) για λογαριασμό του Δήμου Αθηναίων. Πάνω από 1 στους 10 μαθητές κάθε ηλικίας αναφέρει ότι έχει χτυπήσει συμμαθητή του στον χώρο του σχολείου. Στην πλειονότητά τους τα παιδιά δήλωσαν ότι έχουν δει περιστατικά βίας εναντίον συμμαθητών τους, ενώ σε ποσοστό περίπου 40% έχουν γίνει μάρτυρες σε περιστατικά απειλών και εκφοβισμού παιδιών. Πάνω από 1 στους 10 μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης έχει νιώσει αρκετή δυσφορία, λόγω των συμμαθητών του, ώστε να απουσιάσει από το σχολείο.

Επίσης, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Κοινωνικής & Προληπτικής Ιατρικής και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής Αθηνών σε 1.200 παιδιά ηλικίας 11 – 18 ετών και τους γονείς τους από όλα τα σχολεία της χώρας έδειξε πως το 22% των παιδιών βιώνουν εκφοβισμό και μη αποδοχή από τους συνομηλικούς στο σχολικό περιβάλλον και το 8% ανέφεραν πως αυτές οι εμπειρίες είναι συχνές έως και συνεχείς.

## Αίτια του σχολικού εκφοβισμού

Από πού πηγάζει όμως η συμπεριφορά αυτή των παιδιών και ποια είναι τα αίτια της; Η έννοια της βίας έχει οριστεί ποικιλοτρόπως. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική προσέγγιση η επιθετικότητα είναι ένστικτο εγγενές στην ανθρώπινη φύση. Ο οργανισμός παράγει επιθετικότητα η οποία κάποια στιγμή θα εκδηλωθεί υπό τη μορφή επιθετικών συμπεριφορών. Από την άλλη πλευρά σύμφωνα με τη συμπεριφοριστική κατεύθυνση η επιθετική συμπεριφορά αποτελεί μια ειδική κατηγορία κοινωνικής συμπεριφοράς και είναι όπως όλες οι κοινωνικές συμπεριφορές – αποτέλεσμα μάθησης.

Επιπλέον, ζούμε σε μια κοινωνία όπου η βία και ο ανταγωνισμός προβάλλονται ευρέως από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Είναι πολύ πιθανό τα παιδιά να μιμούνται το παράδειγμα των ενηλίκων, οι οποίοι πιθανώς στο σπίτι να εφαρμόζουν βίαιη συμπεριφορά απέναντι σε μέλη της οικογένειας. Οι παράγοντες που συμβάλ-

λουν στην εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς προς τους συμμαθητές είναι πολλοί. Έτσι τα παιδιά:

- ▶ Ίσως αντιγράφουν συμπεριφορές μεγαλύτερων παιδιών ή ενήλικων από την οικογένειά τους.
- ▶ Ίσως δεν έχουν αποκτήσει άλλες κοινωνικές δεξιότητες για να επικοινωνούν με τους συμμαθητές τους.
- ▶ Ίσως δεν δέχονται επαρκή επιτήρηση από το σπίτι. Δεν τιμωρούνται ή δεν ενθαρρύνονται για διάφορες συμπεριφορές που υιοθετούν.
- ▶ Ίσως ανήκουν σε μια παρέα που επιδεικνύει βίαιες συμπεριφορές και τις υιοθετούν και αυτά με τη σειρά τους για να γίνουν αποδεκτά στην παρέα.
- ▶ Ίσως δεν γνωρίζουν ότι συμπεριφέρονται λανθασμένα και δεν γνωρίζουν τις επιπτώσεις που έχει η συμπεριφορά τους αυτή στα παιδιά – θύματα.
- ▶ Ίσως έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και η άσκηση της εξουσίας σε τρίτους τους προσφέρει αίσθηση δύναμης και ανωτερότητας.
- ▶ Ίσως έχουν προσωπικές δυσκολίες και εκτονώνουν τα επιθετικά τους συναισθήματα προς τους άλλους.
- ▶ Ίσως μέσα από την βίαιη συμπεριφορά γίνονται ήρωες στα μάτια των συμμαθητών τους.
- ▶ Ίσως έχουν πέσει τα ίδια θύματα εκφοβισμού κάποια στιγμή από μεγαλύτερα παιδιά.
- ▶ Ίσως κακοποιούνται στο σπίτι και μαθαίνουν να επιτίθενται πριν επιτεθούν.

### Ρόλοι στο σχολικό εκφοβισμό

Σε κάθε φαινόμενο σχολικού εκφοβισμού εμπλέκονται διάφορα άτομα και υπάρχουν διάφοροι «ρόλοι». Αυτό που συναντάται πιο συχνά όμως είναι το παιδί – θύτης, το παιδί – θύμα και οι παρατηρητές. Όλοι οι παραπάνω «ρόλοι», ο καθένας από την πλευρά του έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

### Το προφίλ του θύτη

Τα παιδιά – θύτες συνήθως παρουσιάζουν επιθετικότητα, σωματική δύναμη, θεωρούν τη βία μαγκιά και για αυτό καταφεύγουν και εύκολα σε αυτή, αντλούν ευχαρίστηση και ικανοποίηση με το να κακομεταχειρίζονται τους άλλους, και γενικότερα έχουν την ανάγκη του ελέγχου και της εξουσίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτών των παιδιών είναι πως επιζητούν να έχουν γύρω τους «θαυμαστές», οι οποίοι στην ουσία είναι άτομα που τους φοβούνται. Πολλές φορές τα παιδιά αυτά μπορεί να έχουν κακοποιηθεί από το οικογενειακό τους περιβάλλον κι έχουν μάθει πως το να είναι κανείς ευάλωτος και απροστάτευτος, όπως ήταν κάποτε εκείνα είναι οδυνηρό. Έτσι μισούν μέσα τους την αδυναμία και επιτίθενται με καταναγκαστικό τρόπο στα παιδιά που παρουσιάζονται αδύναμα.

### Το προφίλ του θύματος

Τα παιδιά – θύματα παρουσιάζουν αποστροφή προς τη βία, είναι ευαίσθητα, ανεκτικά, δεν δίνουν στόχο, περπατάνε με το κεφάλι προς τα κάτω. Επίσης, τις περισσότερες φορές δεν κοιτάνε τον συνομιλητή τους στα μάτια, δεν χαιρετάνε, δεν κάνουν εύκολα κοινωνικές επαφές και γενικότερα είναι παιδιά τα οποία θέλουν να γίνουν αόρατα. Σε ένα υψηλό βαθμό τα παιδιά αυτά έχουν υπερπροστατευτικούς γονείς. Πολλές φορές καινούργιοι μαθητές, παιδιά άλλης εθνικότητας, θρησκείας ή παιδιά με κάποια αναπηρία μπορεί να είναι υποψήφια θύματα διότι το κύριο στοιχείο της θυματοποίησης στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί η διαφορετικότητα. Έχει παρατηρηθεί παιδιά που ανήκουν στις πιο πάνω κατηγορίες να κάνουν άκαρπες προσπάθειες συμφιλίωσης με το θύτη. Αυτό που προσελκύει τις επιθέσεις των θυτών απέναντι στα θύματα είναι η υπερβολική ευαλωτότητα που τους διακρίνει.

### Το προφίλ του παρατηρητή

Πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν και οι λεγόμενοι «παρατηρητές» του σχολικού εκφοβισμού. Είναι τα «τρίτα» παιδιά, των οποίων η στάση – ενθάρρυνση, αδιαφορία, ή αποδοκιμασία – παίζει καταλυτικό ρόλο στη συνέχιση του εκφοβισμού. Τα παιδιά αυτά συμμετέχουν επίσης με κάποιο τρόπο στον εκφοβισμό και πληγώνονται επίσης το ίδιο. Φοβούνται να μιλήσουν, μήπως γίνουν τα επόμενα θύματα, μήπως τα αποκαλέσουν «καρφιά», ενώ παράλληλα αισθάνονται ενοχές που δεν μπορούν να βοηθήσουν το θύμα. Έχει παρατηρηθεί πως όταν οι «παρατηρητές» δεν ενθαρρύνουν το θύτη, εκείνος μένει χωρίς «θαυμαστές» και τότε συνήθως σταματά.

### Επίλογος

Είναι σημαντικό να διερευνηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις απόψεις και τις συμπεριφορές των παιδιών όσον αφορά το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού. Κατά πόσο τα παιδιά αντιδρούν παθητικά ή ακόμη και αδιάφορα σε επεισόδια σχολικού εκφοβισμού που μπορεί να συμβαίνουν στο σχολείο τους και πως είναι επηρεασμένα από το «κλίμα» που δημιουργείται στις ομάδες των συνομηθικών για το τι θεωρείται αποδεκτή συμπεριφορά. Από την άλλη πλευρά, οι γονείς είναι σημαντικό να ενημερωθούν πληρέστερα γύρω από το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού, όπως τι σημαίνει σχολικός εκφοβισμός, τι συμπτώματα παρουσιάζει ένα παιδί θύμα ή ένα παιδί θύτης. Ένα σχολικό και ένα οικογενειακό περιβάλλον που εστιάζει στα συναισθήματα και φροντίζει συνειδητά τις διαπροσωπικές σχέσεις των μελών του σίγουρα μακροπρόθεσμα θα δει τις σχέσεις να βελτιώνονται, τα ίδια τα μέλη να γίνονται πιο δεκτικά, να νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και έτσι τα παιδιά να τολμούν, να νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να μπορούν να αποδέχονται το διαφορετικό.

### Βιβλιογραφία

- Γιώτακος, Ο., & Τσιλιάκου, Μ. (2008). Ο κύκλος της κακοποίησης. Ενδοοικογενειακή βία – σεξουαλική κακοποίηση – trafficking – bullying. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.
- Δικαίου, Ε., Ηλιόπουλος, Β., & Τασάκου, Τ. (2008). Μίλα μη φοβάσαι. 3 ιστορίες για τη βία στο σχολείο. Αθήνα: Εταιρία Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).
- Κυργιόπουλος, Ι., & Παππά, Β. (2008). Το φαινόμενο του εκφοβισμού και της θυματοποίησης στο ελληνικό σχολείο. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 101.
- Μόττη – Στεφανίδη, Φ., Παπαθανασίου, Α., & Λαρδούτσου, Σ. (2004). Διαταρακτική και επιθετική συμπεριφορά. Στον τόμο των Α. Καλαντζή-Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.), Προσαρμογή στο σχολείο – πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών.
- Μπεξεβέκης, Η. (2001). Άγχος, αγχογόνες καταστάσεις και η αντιμετώπισή τους σε παιδιά και εφήβους. Στον τόμο των Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα, Η. Μπεξεβέκης (επιμ.), Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Hawker, D.S.J., & Boulton, M.J. (2000). Twenty years research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. Journal of Child Psychiatry, 41, 441 – 455.
- Olweus, D (2009). Εκφοβισμός και βία στο σχολείο. Τι γνωρίζουμε και τι μπορούμε να κάνουμε. Αθήνα: Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.
- Smith, P. K., & Nika, V., & Papasideri, M. (2004). Bulling and violence in schools: An international perspective and findings in Greece. Psychology, 11, 184 – 203.

# ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΑΥΤΙΣΤΙΚΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΥΨΗΛΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κωνσταντίνος Φρανσής, Παιδοψυχίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ «Αττικόν»

**Ο**ι Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) περιγράφουν μια ομάδα συμπεριφορικών συνδρόμων, με έναρξη στην παιδική ηλικία, που χαρακτηρίζονται από έναν πυρήνα δυσκολιών που περιλαμβάνει ελλείμματα στην κοινωνική συναλλαγή, την επικοινωνία και την ευέλικτη συμπεριφορά. Η ένταση και ο συνδυασμός των ελλειμμάτων, των καθυστερήσεων και των αποκλίσεων στην ανάπτυξη ποικίλει, όπως και το συνοδό νοητικό δυναμικό του κάθε ατόμου. Παρά την παραδοχή στα ταξινομητικά συστήματα για την ύπαρξη περισσότερων της μιας νοσολογικής οντότητας (Αυτιστική Διαταραχή, Διαταραχή Asperger και Άτυπος Αυτισμός), η τεράστια ποικιλομορφία στην κλινική εικόνα γίνεται σήμερα καλύτερα αντιληπτή με την έννοια του Φάσματος, όπως την εισήγαγε η Lorna Wing ( Volkmar & Klin, 2005).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις παραβατικές συμπεριφορές σε άτομα με Υψηλής Λειτουργικότητας Αυτισμό (ΥΛΑ), αναδεικνύει μια μεγάλη ποικιλία συμπεριφορών, που όμως συχνά, έχουν παράξενο, ασυνήθες και ακραία παράδοξο περιεχόμενο: σωματικές και σεξουαλικές επιθέσεις, εμπρησμοί, βανδαλισμοί, συστηματικές παρενοχλήσεις, κλοπές προσωπικών αντικειμένων (συνήθως απλώς για αποθησαύριση), απόπειρες φόνων και φόνους (Woodbury-Smith et al., 2006). Η διαδεδομένη αντίληψη της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης παραβατικών συμπεριφορών σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, βασίζεται σε μελέτες που έγιναν σε πληθυσμούς ψυχιατρικών νοσοκομείων υψίστης ασφαλείας, όπου εισάγονται άτομα των οποίων η συμπεριφορά και η νοητική κατάσταση θέτει σε κίνδυνο τους άλλους (Hare et al., 2004; Scragg & Shah, 1994; Sironmaa et al., 2001). Σε αυτές τις μελέτες, ο επιπολασμός των ατόμων με ΥΛΑ κυμαίνονταν από 1,5% έως 27%, ανάλογα αν ο υπολογισμός περιλάμβανε τις βεβαιωμένες ή και τις πιθανές περιπτώσεις. Τα ποσοστά αυτά είναι σαφώς αυξημένα συγκριτικά με τον επιπολασμό των Διαταραχών Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) στο γενικό πληθυσμό που είναι περίπου 0,6% (Fombonne, 2005). Οι ασθενείς που ταυτοποιήθηκαν ως ΥΛΑ είχαν συνήθως προηγουμένως λάβει τη διάγνωση της Σχιζοφρένειας ή της Διαταραχής Προσωπικότητας. Τα αδικήματα για τα οποία είχε διαταχθεί ο εγκλεισμός ήταν ανθρωποκτονίες (με ποσοστό αντίστοιχο αυτού του ψυχιατρικού νοσοκομείου), σεξουαλικά αδικήματα (τα οποία υπο-αντιπροσωπεύονταν με 3% στους ΥΛΑ σε σχέση με 9% στους υπόλοιπους) και οι εμπρησμοί, οι οποίοι ήταν και συχνότεροι στους ΥΛΑ (16% έναντι 10%). Οι μελέτες αυτές, σαφώς, δεν επαρκούν για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, καθότι τα ευρήματά τους μπορεί να ανταναικλούν απλά τη δικονομική πρακτική να χρησιμοποιούνται ψυχιατρικές δομές για τον περιορισμό βίαιων παραβατών με ΔΑΦ. Επιπλέον, στους πληθυσμούς αυτούς συναντώνται «βαριές» μορφές παραβατικότητας, και συνεπώς οι πιο απλές μορφές παραβατικής συμπεριφοράς μπορεί να υπο-αντιπροσωπεύεται.

Ανασκοπώντας δημοσιευμένες μελέτες στο γενικό πληθυσμό, οι Ghaziuddin και συνεργάτες (1991) υποστήριξαν ότι τα άτομα με ΥΛΑ έχουν μικρότερη πιθανότητα να εμπλακούν σε βίαιες συμπεριφορές (2,7-5,6%). Αντίστοιχα, η μακροχρόνια παρακολούθηση ατόμων με Σχιζοειδή Διαταραχή Προσωπικότητας, διάγνωσης που στις μελέτες συχνά ισοδυναμεί με ΥΛΑ, έδειξε μεγαλύτερη παραβατικότητα σε πάσχουσες γυναίκες, αλλά όχι

και σε άντρες (Wolff & McGuire, 1995). Τέλος, η πιθανά αυξημένη εκδήλωση παραβατικότητας σε άτομα με ΥΛΑ θα μπορούσε να εξηγηθεί, ίσως, καλύτερα από συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), τη Διπολική Διαταραχή ή την Κατάθλιψη (Palermo, 2004).

Όσον αφορά στις κλινικές εκδηλώσεις τα άτομα με ΥΛΑ, ιδιαίτερα εκείνα που χαρακτηρίζονται ως πάσχοντες από τη Διαταραχή Asperger, περιγράφονται ως εγωκεντρικά, με έλλειψη ικανότητας να κατανοούν τους άλλους, να σχετίζονται με αυτούς και με ακαμψία στη σκέψη και στη συμπεριφορά. Η αντίδρασή τους στο στρες μπορεί να ποικίλλει από απόσυρση ή απομόνωση έως και εκδήλωση επιθετικότητας. Μια αλλαγή στην καθημερινή τους ρουτίνα, η εύρεσή τους σε μια κοινωνική κατάσταση που δεν κατανοούν, η παρεμπόδισή τους από την ασχολία τους με τα ιδιαίτερα και έντονα ενδιαφέροντά τους, ή ακόμα και η αισθητηριακή τους υπερφόρτωση (λ.χ. από περιβάλλον με έντονους ήχους) μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση μιας παραβατικής συμπεριφοράς χωρίς να υπάρχει εγκληματική πρόθεση *per se*. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να είναι και υποβολιμαία από τους γύρω τους, στην προσπάθεια των ατόμων με ΥΛΑ να τους μοιάσουν και να γίνουν αποδεκτοί από αυτούς. Έτσι, όντας κοινωνικά αφελείς, μπορεί να πεισθούν εύκολα να παρενοχλήσουν σεξουαλικά μια συμμαθήτριά τους που τους έχουν βεβαιώσει ότι θα το αποδεχτεί ή να συμμετάσχουν σε ληστεία για χάρη της ένταξής τους στην ομάδα.

Το γνωστικό υπόβαθρο αυτής της κλινικής συμπεριφοράς είναι η έλλειψη ενσυναίσθησης (empathy) και ικανότητας συσχέτισης των πράξεων με τις συνέπειες αυτών. Αυτό περιγράφεται στη νευροψυχολογία ως έλλειμμα στη Θεωρία του Νου – ΘτΝ (Theory of Mind). Η ΘτΝ ή νοητικοποίηση (mentalization) είναι η βιολογικά καθοριζόμενη διαισθητική ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις των άλλων, καθώς και ότι αυτά διαφέρουν από τα δικά τους ή αλλιώς, η ικανότητα να αναγνωρίζει και να καταλαβαίνει τις νοητικές καταστάσεις του εαυτού του και των άλλων και να χρησιμοποιεί αυτή την ικανότητα για να προβλέψει τη συμπεριφορά τους (Baron-Cohen, 1995). Σύμφωνα με αυτήν, σε μια κοινωνική κατάσταση, το άτομο παραβλέπει τη δική του προοπτική, αποδίδει μια νοητική κατάσταση στον άλλον, συνάγει το πιθανό πλαίσιο της νοητικής του κατάστασης με δεδομένη την εμπειρία του και προβλέπει τη συμπεριφορά του βασισμένος στις νοητικές καταστάσεις. Το έλλειμμα στη ΘτΝ έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη κοινωνικής αμοιβαιότητας, την έλλειψη ενσυναίσθησης (insight) και την ανικανότητα να ρυθμίσει τη συμπεριφορά του ανάλογα με τα κοινωνικά σήματα και το πλαίσιο. Παράλληλα, τους καθιστά εξαιρετικά κοινωνικά αφελείς και άρα εύκολο στόχο στους γύρω τους. Ένα άλλο νευροψυχολογικό έλλειμμα που χαρακτηρίζει τα άτομα με ΔΑΦ και που μπορεί να εξηγήσει πολλές από τις συμπεριφορές τους, είναι η ασθενής κεντρική συνοχή (weak central coherence) (Frith, 1989). Ο μέσος άνθρωπος έχει την τάση να δομεί την αντίληψη του για τον κόσμο ως μια πλούσια αλλά ενιαία εικόνα από εμπειρίες που βιώνει και συνεπώς να επεξεργάζεται τις πληροφορίες ακολουθώντας μια «οργανωτική αρχή», σύμφωνα με την οποία ερμηνεύει τα δεδομένα με ένα σχετικά σφαιρικό-ολιστικό τρόπο που λαμβάνει υπόψη του το ευρύτερο πλαίσιο. Αντίθετα, τα

άτομα με ΔΑΦ αναπτύσσουν ένα ιδιαίτερο γνωσιακό τρόπο επεξεργασίας των πληροφοριών που ευνοεί την κατακερματισμένη επεξεργασία αντί της ολιστικής, με αποτέλεσμα να βιώνουν σημαντικά τμήματα της ζωής τους, όπως το κοινωνικό, το ηθικό και φυσικό τους περιβάλλον, όχι ως ενοποιημένη ολότητα. Έτσι, τα άτομα με ΥΛΑ μπορεί να εμφανίσουν παραβατικές συμπεριφορές εξαιτίας της έντονης ενασχόλησής τους με πολύ εστιασμένα εσωτερικά ενδιαφέροντα, ενώ αγνοούν τις κοινωνικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων των νομικών συνεπειών. Ο εσωτερικός αυτός κατακερματισμός τους προδιαθέτει να αναπτύσσουν εμμονές, οι οποίες αν μείνουν χωρίς έλεγχο από τα κοινωνικά ήθη και τους περιορισμούς, μπορούν να οδηγήσουν σε δυσπροσαρμοστικές φαντασιώσεις (Silva et al., 2005). Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι ένα άτομο με ΥΛΑ με σοβαρότατη εγκληματικότητα που ζει μια απόλυτα «διαμερισματοποιημένη» ζωή, με μια κοινωνική συνιστώσα στην οποία λειτουργεί ως νομοταγής πολίτης και μια αντικοινωνική στην οποία ελεύθερα εγκληματεί (Silva et al., 2004).

Τα επαναλαμβανόμενα περιορισμένα ενδιαφέροντα των ατόμων με ΔΑΦ σχετίζονται πολύ συχνά με την παραβατική τους συμπεριφορά. Αυτά μπορούν: (α) να δώσουν την κατεύθυνση και τα χαρακτηριστικά στην παράβαση, λ.χ. έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία η περίπτωση ατόμου με ΔΑΦ που έμπαινε παράνομα σε εργαστήρια με υπολογιστές, έχοντας μια εμμονή με αυτούς, β) να είναι αμιγώς το αίτιο, λ.χ. έχει αναφερθεί η περίπτωση ασθενούς που έβαζε φωτιές γιατί ήθελε να βλέπει τις φλόγες ή γ) να τον οδηγούσαν στο έγκλημα γιατί τον εμποδίζουν ή τον διακόπτουν από το να ασχοληθεί με τις εμμονές, λ.χ. έχει αναφερθεί ασθενής που έβαλε φωτιά σε ραδιοφωνικό σταθμό του οποίου η εκπομπή έπεφτε στην ίδια συχνότητα με την αγαπημένη του εκπομπή και τον εμπόδιζε να την ακούει. Εντυπωσιακή είναι η περίπτωση εκείνου που έβαζε φωτιά σε σπίτια των οποίων κάποιες λεπτομέρειες έμοιαζαν με αντίστοιχες εκείνων των σπιτιών που οι ιδιοκτήτες τους τον είχαν παρενοχλήσει και κοροϊδέψει, χωρίς να μπορεί να αντιληφθεί ότι οι πράξεις του δεν είχαν καμιά επίπτωση σε αυτούς που ήθελε πράγματι να τιμωρήσει (Murrie et al., 2002).

Σε γενικές γραμμές, όλα τα προαναφερθέντα ελλείμματα μπορούν να βρίσκονται στη βάση της παραβατικής συμπεριφοράς των ατόμων με ΥΛΑ, στις συνθήκες υπό τις οποίες αυτά εκδη-

λώνεται (λ.χ. χωρίς να λαμβάνει το άτομο μέριμνα για να αποκαλυφθεί), αλλά και στη συμπεριφορά τους μετά από αυτήν, όταν, λ.χ., αρνούνται μια προφανή συμπεριφορά τους, αγνοώντας ακριβώς πόσο προφανής είναι αυτή στους άλλους, ή όταν δεν βιώνουν πραγματική μεταμέλεια μη κατανοώντας την τραυματική εμπειρία που προκάλεσαν στα θύματα. Η τελευταία συνέπεια μπορεί, αφενός, να επιβαρύνει τη θέση τους στο δικαστήριο, μια και η έκφραση τύψεων και μεταμέλειας λαμβάνεται υπόψη στην επιβολή της ποινής, και αφετέρου, να εγείρει το διαφοροδιαγνωστικό ερώτημα της ψυχοπάθειας ή Αντικοινωνικής Διαταραχής Προσωπικότητας (Haskins & Silva, 2006).

Επισημαίνεται ότι τόσο ο Υψηλά Λειτουργικός Αυτισμός όσο και η «ψυχοπάθεια», εμφανίζουν ανάλογο έλλειμμα στην ενσυναίσθηση και έχουν κοινή βάση στον εγκέφαλο (αμυγδαλή, μεταχιαμακό σύστημα, πρόσθιος φλοιός). Στην «ψυχοπάθεια» οι κεντρικές περιοχές του Κοινωνικού Εγκεφάλου φαίνεται να είναι πιο σημαντικές από τους πρόσθιους λοβούς και τα λειτουργικά προβλήματα περιλαμβάνουν αποκλίνουσα ενεργοποίηση της συναισθηματικής μνήμης στο μεταχιαμακό σύστημα. Η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο διαταραχών στην κοινωνική ενσυναίσθηση επιχειρείται μεταξύ ενός συναισθηματικού ελλείμματος στην «ψυχοπάθεια», δηλαδή μη ευαισθησία για τον άλλον, και ενός γνωστικού ελλείμματος στις ΔΑΦ, δηλαδή μη κατανόηση του άλλου (Blair, 2008). Έτσι, στην «ψυχοπάθεια» η αντικοινωνική συμπεριφορά συχνά περιλαμβάνει τη χωρίς ευαισθησία χειραγώγηση και εκμετάλλευση του άλλου, ενώ στις ΔΑΦ η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι το αποτέλεσμα λανθασμένης αποτίμησης των κοινωνικών καταστάσεων. Τέλος, επειδή δεν αποκλείει η μία την ύπαρξη της άλλης, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι το «ψυχοπαθητικό» φορτίο (psychopathic loading) σε ένα άτομο με ΥΛΑ είναι αυτό που αυξάνει την πιθανότητα εγκληματικής συμπεριφοράς (Haskins & Silva, 2006).

Με δεδομένα, λοιπόν, τα σοβαρά νευροψυχολογικά ελλείμματα και τις αποκλίσεις που χαρακτηρίζουν τις ΔΑΦ, η παραβατική συμπεριφορά που συναντάται σε άτομα με Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος Υψηλής Λειτουργικότητας εγείρει πολλούς προβληματισμούς σχετικά με τη νομική ευθύνη τους, τη δυνατότητά τους να προσαχθούν σε δίκη, να κατανοήσουν τη δικονομική διαδικασία και να υπερασπιστούν τον εαυτόν τους.

## Βιβλιογραφία

- Baron-Cohen S. (1995). *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Blair R. (2008). Fine cuts of empathy and the amygdala: dissociable deficits in psychopathy and autism. *Q J Exp Psychol* 61(1): 157-70.
- Fombonne E. (2005). Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry* 66 Suppl 10: 3-8.
- Frith U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Malden, MA: Blackwell.
- Ghaziuddin M, Tsai L., Ghaziuddin N. (1991). Brief report: violence in Asperger syndrome, a critique. *J Autism Dev Disord* 21(3): 349-54.
- Hare D., et al. (2004). A preliminary study of individuals with autistic spectrum disorders in three special hospitals in England, [www.oneworld.org/autism\\_uk/archive/hospitals2.html](http://www.oneworld.org/autism_uk/archive/hospitals2.html).
- Haskins B, Silva J. (2006). Asperger's Disorder and Criminal Behavior: Forensic-Psychiatric Considerations. *J Am Acad Psychiatry Law* 34: 374-84.
- Murrie D. et al. (2002). Asperger's syndrome in forensic settings. *Int J Forensic Ment Health* 1:59 -70.
- Palermo M. (2004). Pervasive developmental disorders, psychiatric comorbidities and the law. *Int J Offend Ther Comp Criminol* 48: 40-48.
- Scragg P, Shah A. (1994). Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. *Br J Psychiatry* 165(5): 679-82.
- Silva J, Leong, G., Ferrari M. (2004). A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior. *Behav Sci Law*, 22: p. 787-99.
- Silva J, et al. (2005). Analysis of serial homicide in the case of Joel Rifkin using the neuropsychiatric developmental model. *Am J Forensic Psychiatry* 26:25-55.
- Siponmaa L., et al. (2001). Juvenile and young adult mentally disordered offenders: the role of child neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Psychiatry Law* 29(4):420-6.
- Volkmar, F. and A. Klin, *Issues in the Classification of Autism and Related Conditions*, in *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3rd edition, F. Volkmar, et al., Editors. 2005, Wiley: New York, p. 5-41
- Wolff S, McGuire, R. (1995). Schizoid personality in girls: a follow up study-what are the links with Asperger's Syndrome? *J Child Psychol Psychiatry* 36: 793- 817.
- Woodbury-Smith, M.R., et al., (2006). High functioning autistic spectrum disorders, offending and other law-breaking: findings from a community sample. *J Forens Psychiatr Psychol* 17(1):108 -120.

# Η ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Μάριος Στρούθος M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, Παιδοψυχίατρος, Αν. Διευθυντής, Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Γ.Ν.Α «Γ. Γεννηματάς».

**Σ**ε συνέχεια του άρθρου «Εναλλακτικές μορφές δικαιοσύνης για τον ανήλικο παραβάτη», που δημοσιεύτηκε στο προηγούμενο τεύχος (Νο1) της Ψυχιατροδικαστικής θα παρουσιάσω μία ιστορία από τις ΗΠΑ, όπου η αποκαταστατική δικαιοσύνη έχει ενσωματωθεί στην εθνική νομοθεσία και εφαρμόζεται στην πράξη τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Η συγκεκριμένη ιστορία προέρχεται από το διαδίκτυο (Marty Price, J.D., Victim-Offender Reconciliation Program, VORP, Information and Resource Center)<sup>1</sup>. Υπάρχουν πάρα πολλά βιβλία καθώς και χιλιάδες άρθρα σε επιστημονικά περιοδικά και σε ιστοσελίδες στο διαδίκτυο που αφορούν στα θέματα αποκαταστατικής δικαιοσύνης. Είναι όμως ιδιαίτερα δύσκολο να εντοπίσει κανείς αληθινές ιστορίες και αυτό ίσως να έχει να κάνει με την προστασία προσωπικών δεδομένων και ειδικά την προστασία προσωπικών δεδομένων των ανηλίκων. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε τις αρχές και την θεωρία πίσω από την αποκαταστατική δικαιοσύνη, αλλά τα «ζωντανά» παραδείγματα μας επιτρέπουν να κατανοήσουμε την επουλωτική και αποκαταστατική δυνατότητα αυτής της διαδικασίας για το θύμα, το θύτη και την κοινότητα.

Η ιστορία αφορά τρία αγόρια, ηλικίας 14 έως 15 ετών, που σκέφτηκαν ότι θα ήταν διασκεδαστικό να ρίχνουν πέτρες, από τη γέφυρα που βρισκόταν πάνω από μια εθνική οδό της πολιτείας Portland, στα διερχόμενα αυτοκίνητα. Δέκα θύματα έκαναν καταγγελία στην αστυνομία, αλλά πιθανότατα να υπήρξαν και άλλα θύματα που δεν προχώρησαν σε καταγγελίες. Ευτυχώς δεν υπήρξαν συγκρούσεις οχημάτων και κανένα από τα θύματα δεν έφερε σοβαρό τραυματισμό. Είναι επίσης σημαντικό, να αναφερθεί ότι την ίδια περίοδο που είχε δημοσιοποιηθεί αυτή η υπόθεση, τα τοπικά ΜΜΕ είχαν ασχοληθεί με την υπόθεση ενός ελεύθερου σκοπευτή που πυροβολούσε κατά αγνώστων σε εθνική οδό της ίδιας περιοχής του Portland.

Η διαμεσολάβηση έλαβε χώρα στο δικαστήριο ανηλίκων, περίπου δύο μήνες, μετά τα γεγονότα. Οι τρεις παραβάτες, εννέα από τα δέκα θύματα και ο διαμεσολαβητής συμμετείχαν στην κοινή συνάντηση. Προηγήθηκαν ατομικές συναντήσεις των θυμάτων και των θυτών με το διαμεσολαβητή, με στόχο την προετοιμασία τους για τη διαδικασία της διαμεσολάβησης. Δύο εκπρόσωποι ασφαλιστικών εταιρειών εκπροσώπησαν το θύμα που δεν ήθελε να συμμετέχει στη διαμεσολαβητική διαδικασία και ένα από τα εννέα θύματα συνοδεύονταν από εκπρόσωπο της ασφαλιστικής του εταιρείας. Στη διαμεσολάβηση ήταν παρόντες όλοι οι γονείς των παιδιών.

Το πιο συγκλονιστικό γεγονός για τους νεαρούς παραβάτες κατά τη διάρκεια της διαμεσολάβησης ήταν η βιωματική αφήγηση του ενός θύματος μετά τον άλλον της τραυματικής τους εμπειρίας, και ειδικά των συναισθημάτων θυμού και τρόμου που είχαν βιώσει έντονα. Πολλές από τις ιστορίες ήταν ιδιαίτερα συγκινητικές. Πολλά από τα θύματα νόμισαν ότι κάποιος τους είχε πυροβολήσει. Ένας άνδρας ανέφερε ότι πάτησε το γκάζι τέρμα, κι μόλις βρέθηκε εκτός πεδίου βολής σταμάτησε στην άκρη του δρόμου για να ελέγξει αν είχε πληγωθεί από σφαίρα όπλου. Ένα άλλο θύμα επέστρεψε στο σπίτι του από το νοσοκομείο, μετά από σοβαρή χειρουργική επέμβαση. Κάποια από τα θύματα μετέφεραν στο αυτοκίνητο τα παιδιά τους και περιέγραψαν τον τρόπο που ένιωσαν βλέποντας το τζάμι να διαλύεται δίπλα από το κεφάλι του παιδιού τους. Μία άγαμη μητέρα ανέφερε ότι η σκέψη που πέρασε από το μυαλό της ήταν «αν σκοτωθώ ποιος θα φροντίζει τα παιδιά μου;». Προς το τέλος της συνάντησης και οι τρεις θύτες είχαν δάκρυα στα μάτια τους.

Όλα τα θύματα άφησαν να εννοηθεί ότι ήταν σημαντικό που είχαν την ευκαιρία να μοιραστούν τα συναισθήματά τους με τους θύτες και να λάβουν κάποια αποζημίωση για τις ζημιές που είχαν υποστεί τα οχήματά τους, αλλά ο κυριότερος λόγος που παραβρέθηκαν στη συνάντηση ήταν για να «γίνει μια στροφή στη ζωή»

αυτών των παιδιών.

Στο τέλος της συνάντησης συμφωνήθηκε ένα αποκαταστατικό συμβόλαιο μεταξύ κάθε θύματος και θύτη. Τα συμβόλαια περιλάμβαναν χρηματική αποζημίωση, συνολικής αξίας \$2.000 δολαρίων. Το ποσό αυτό ήταν πολύ μικρότερο από το κόστος των ζημιών, διότι οι εκπρόσωποι των ασφαλιστικών εταιριών δήλωσαν ότι οι εταιρίες τους δεν είχαν καμία απαίτηση να επιστραφούν τα χρήματα που είχαν ήδη δοθεί ως αποζημιώσεις στα θύματα. Πρότειναν όμως να πληρώσουν οι θύτες τα μικρότερα ποσά των ασφαλιστικών απαλλαγών που επιβάρυναν τα θύματα.

Πολλά από τα θύματα επέλεξαν μέρος ή ολόκληρο το ποσό να αποπληρωθεί υπό τη μορφή προσωπικής εργασίας των παιδιών για το θύμα. Θεώρησαν ότι αυτό το αποκαταστατικό μέτρο θα ήταν πιο αποτελεσματικό, από μια απλή χρηματική συναλλαγή. Επίσης, αρκετά θύματα ήθελαν να διατηρήσουν επαφή με τους θύτες. Άλλα συμβόλαια περιλάμβαναν εθελοντική εργασία στην κοινότητα και μάλιστα ένα από τα θύματα προθυμοποιήθηκε να αναλάβει την εποπτεία της εθελοντικής εργασίας των νέων.

Στην περίπτωση ενός θύματος επρόκειτο για έναν μεγαλόσωμο αθλητικό άνδρα, ο οποίος μετά τη θραύση του παρμπρίζ του φορτηγού του σταμάτησε το φορτηγό του στην άκρη του δρόμου, πήρε ένα σιδερένιο λοστό και άρχισε να κυνηγά τους δράστες. Αφού έπιασε τα τρία αγόρια, στη συνέχεια τα παρέδωσε στην αστυνομία. Πριν τη διαμεσολάβηση, οι νεαροί παραβάτες εμπιστεύθηκαν στο διαμεσολαβητή ότι αυτό που φοβόντουσαν περισσότερο ήταν να ξανασυναντηθούν μ' αυτόν τον άνδρα. Ένας από τους θύτες τον περιέγραψε ως «διασταύρωση μεταξύ του Ράμπο και του Εξολοθρευτή». Όταν όμως συναντήθηκαν με το θύμα κατά τη διάρκεια της διαμεσολάβησης, αυτό που τους προκάλεσε τη μεγαλύτερη έκπληξη, ήταν η ομολογία του θύματος που είπε ότι δεν είχε κανένα σκοπό να τους κάνει κακό και ότι το λοστό τον είχε μαζί του για δική του προστασία, μη γνωρίζοντας ποιος θα αντιμετώπιζε. Στη συνέχεια τους είπε: «ξέρω ποιοι και τι είστε, είναι σαν να βλέπω τον εαυτό μου στον καθρέφτη». Τους μίλησε για τη δική του παραβατική συμπεριφορά, όταν ο ίδιος ήταν έφηβος, και για το πώς κατάφερε να αλλάξει τη ζωή του.

Μετά το πέραςμα ενός χρόνου από τη στιγμή της διαμεσολαβητικής συνάντησης όλες οι συμφωνίες είχαν τηρηθεί, όλες οι αποζημιώσεις (χρηματικές ή υπό τη μορφή εργασίας) είχαν πληρωθεί και κανένας από τους θύτες δεν είχε διαπράξει άλλη παράβαση. Αυτό που ο διαμεσολαβητής ανέφερε ως ιδιαίτερα συγκινητικό, ήταν η στενή φιλία που αναπτύχθηκε μεταξύ ενός από τους θύτες, ο οποίος ήταν ορφανός από πατέρα, με τον οδηγό του φορτηγού που τον συνέλαβε. Ο οδηγός του φορτηγού ανέλαβε το ρόλο του μεγάλου αδερφού και του μέντορα και ένα χρόνο αργότερα συνέχισε να έχει τακτικές συναντήσεις με τον θύτη.

Τα σημαντικά συμπεράσματα που απορρέουν από τις παραπάνω ιστορίες είναι τα εξής:

1. Υπάρχουν πολλά εναλλακτικά σωφρονιστικά μέτρα πέραν της αυστηρής τιμωρίας ή του εγκλεισμού για νεαρούς παραβάτες, τα οποία προσφέρουν ταχύτερη αντιμετώπιση των νεαρών παραβατών, μείωση του βαθμού της παρέμβασης των δικαστικών αρχών στη ζωή τους, αποφυγή του στίγματος, μείωση των υποτροπών, καθώς και μείωση του οικονομικού κόστους της λειτουργίας των δικαστηρίων και του σωφρονιστικού συστήματος.
2. Η ανθρώπινη επαφή και ο διάλογος είναι τα μέσα που μπορούν να φέρουν ουσιαστική αλλαγή.
  - i. Βοηθούν στην αντιμετώπιση του ψυχολογικού τραύματος του θύματος και του επιτρέπουν να εκφράσει τα συναισθήματα θυμού και φόβου. Το θύμα έχει τη δυνατότητα να περιγράψει στον παραβάτη τις συναισθηματικές, σωματικές και οικονομι-

κές επιπτώσεις της παράβασης στη ζωή του, να λάβει απαντήσεις για ερωτήματα που πιθανόν να έχει, σχετικά με το δράστη ως άτομο και την παράβαση του, καθώς και να εμπλακεί στη ανάπτυξη ενός σχεδίου αποκατάστασης της βλάβης από τον δράστη.

- ii. Μέσω αυτών των αφηγήσεων ο θύτης έρχεται αντιμέτωπος με τα αποτελέσματα και τις ευθύνες των πράξεών του, τα οποία επηρεάζουν το θύμα, την οικογένεια και τους φίλους του θύματος, καθώς και την οικογένεια του δράστη. Ο θύτης επίσης καλείται να αναλάβει τις ευθύνες των πράξεών του και να επανορθώσει με κάποιο τρόπο.
- iii. Ο διαμεσολαβητικός τύπος συνεδριών, στηρίζεται στην ιδέα της συλλογικής ευθύνης της κοινότητας και του υποστηρικτι-

κού συστήματος του θύτη στην επανόρθωση της βλάβης και τη διαμόρφωση της μελλοντικής συμπεριφοράς του. Επίσης, συνεισφέρει στην επανασύνδεση του θύματος και του δράστη με τα υποστηρικτικά τους συστήματα.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα θύματα που έχουν συναντηθεί με τους θύτες, κατά τη διάρκεια διαμεσολάβησης ή σε συνεδρίες οικογενειακών ομάδων, εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης, σχετικά με την έκβαση της υπόθεσης, από ό,τι παρόμοια θύματα που είχαν την εμπειρία του παραδοσιακού ποινικού συστήματος. Επίσης, οι θύτες που έχουν συναντηθεί με τα θύματά τους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να ολοκληρώσουν τις αποκαταστατικές τους υποχρεώσεις.

## Σημειώσεις

<sup>1</sup> Marty Price, J.D., Director, Victim-Offender Reconciliation Program (VORP) Information and Resource Center ([www.vorp.com](http://www.vorp.com)) and Director, International Education & Outreach Program, Restorative Justice Resource Center ([www.restorativejustice.info](http://www.restorativejustice.info))  
Post Office Box 1486  
Asheville, North Carolina 28802  
(828) 318-2178

# Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΟΥΤΡΟ (OUTREAU) ΚΑΙ ΔΙΔΑΓΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Δρ. Απόστολος Βούρδας, MRCPsych, CCST, Παιδοψυχίατρος, Γραμματέας του Κλάδου Ψυχιατροδικαστικής

**Τ**ο Μάιο του 2009 έκλεισε και το τελευταίο κομμάτι της υπόθεσης Ουτρό ύστερα από μια απλή επίκληση του εισαγγελέα, που είχε χειριστεί την υπόθεση, από την εξεταστική επιτροπή του Γαλλικού Κοινοβουλίου.

Για όσους δεν θυμούνται, η υπόθεση Ουτρό αφορούσε ένα αναφερόμενο εκτεταμένο δίκτυο παιδοφιλίας. Ξεκίνησε το 2001 σε μια κοινωνικά υποβαθμισμένη περιοχή της Νορμανδίας, στη Βόρεια Γαλλία, όταν δάσκαλοι και κοινωνικοί λειτουργοί του τοπικού σχολείου παρατήρησαν κάποια «περίεργη σεξουαλική συμπεριφορά» τεσσάρων αδελφών (αδελφών Delays). Ύστερα από έρευνες, οι δύο γονείς των παιδιών καθώς και ένα φιλικό τους ζευγάρι ομολόγησαν ότι κακοποιούσαν σεξουαλικά τα παιδιά ( συμπεριλαμβανομένου και βιασμού). Οι τέσσερις αυτοι ανέφεραν ότι και ένας μεγάλος αριθμός ενήλικων ήταν αναμειγμένοι στο κύκλωμα. Οι περισσότεροι από τους κατηγορούμενους ήταν γονείς που υποτίθεται κακοποιούσαν μεταξύ άλλων και τα δικά τους παιδιά. Το δικαστήριο παρέπεμψε σε δίκη δεκαοχτώ άτομα μεταξύ των οποίων και έναν ιερέα.

Στη Γαλλική κοινωνία τον καιρό εκείνο είχε ξεσπάσει έντονη συζήτηση για τη διαδικασία της δίκης. Οι ιατροί δεν είχαν βρει σημάδια βιασμού. Οι ειδικοί ψυχολόγοι είχαν εκτιμήσει ότι τα παιδιά ήταν αξιόπιστοι μάρτυρες, παρά το γεγονός ότι είχαν διαπιστωθεί σημαντικές ασυνέπειες στις μαρτυρίες τους. Όταν κλήθηκαν στο δικαστήριο για να εξηγήσουν τη μεθοδολογία της έρευνας τους, ένας από τους ειδικούς εξαιρέθηκε ως μη αξιόπιστος.

Τελικά, το δικαστήριο στηριζόμενο κυρίως στις μαρτυρίες παιδιών αναφερόμενων ως θύματα κακοποίησης και των ειδικών ψυχολόγων, καταδίκασε σε φυλάκιση έντεκα συνολικά άτομα. Εκτός από τους τέσσερις που είχαν ομολογήσει από την αρχή την ενοχή τους, καταδικάστηκαν και άλλοι εφτά, που είχαν δηλώσει αθώοι. Ένα από τα βασικά επιχειρήματα υπέρ της καταδίκης τους ήταν ότι τέσσερα παιδιά και τρεις ενήλικες που δεν θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε κοινές πληροφορίες ονομάτισαν τους συγκεκριμένους εφτά. Ο ένας από αυτούς αυτοκτόνησε στη φυλακή και οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους χάσανε τη δουλειά τους και η οικογένειά τους διαλύθηκε. Αυτοί οι 6 εφείσβησαν την απόφαση, η οποία δικάστηκε το 2005. Στη δεύτερη δίκη οι γονείς των Delays δήλωσαν ότι είχαν πει ψέματα για την ανά-

μιξη άλλων ενήλικων. Επίσης, δύο από τα παιδιά ομολόγησαν ότι είχαν αρχικά πει ψέματα. Και οι έξι αθώωθηκαν.

Η υπόθεση χαρακτηρίστηκε ως το μεγαλύτερο φιάσκο στα γαλλικά δικαστικά χρονικά. Ένας πρώην εισαγγελέας δήλωσε: «υπάρχουν ζητήματα όπως αυτό της τρομοκρατίας και της παιδοφιλίας όπου το τεκμήριο της αθωότητας δεν επιτρέπεται». Ένας άλλος ψυχολόγος είπε: «πληρωνώμαστε το ωρομίσθιο καθαρίστριας. Ας περιμένουν λοιπόν και από εμάς εργασία καθαρίστριας». Κατόπιν έρευνας αποδείχτηκε ότι τα ονόματα των εφτά εσφαλμένα καταδικασθέντων είχαν αναφερθεί στο γραφείο του εισαγγελέα από επαγγελματικό λάθος, στα τέσσερα παιδιά και στους τρεις ενήλικες κατά τη διάρκεια των ανακρίσεων.

Η εξεταστική επιτροπή του Κοινοβουλίου κατέδειξε ένα πλήθος «αδύναμων κρίκων» μεταξύ των οποίων:

Την ανάθεση της υπόθεσης σε έναν νέο δικαστή, χωρίς να του παρέχεται επαρκής υποστήριξη.

Τη βιασύνη, με την οποία τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αλλά και οι διάφοροι σύλλογοι για τα δικαιώματα των παιδιών πρόβαλαν αρχικά την υπόθεση και έλαβαν θέση.

Την ευθύνη των ειδικών ψυχικής υγείας, τη χρήση μη κοινά αποδεκτών και αμφιβόλου αξιοπιστίας μεθόδων, τα νεφελώδη και ασαφή συμπεράσματα τους.

Η παραπάνω υπόθεση μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία μάθησης και στοχασμού για τα τεκταινόμενα και στο ελληνικό χώρο. Ουδείς θα εκπλαγόταν αν μια τέτοια υπόθεση συνέβαινε και εδώ.

Αν και γνωρίζουμε ότι οι υποθέσεις σεξουαλικής κακοποίησης που καταγγέλλονται ( είτε στο δικαστήριο είτε στον ψυχίατρο) είναι πολύ λιγότερες από αυτές που πραγματικά συμβαίνουν, θα αποτελούσε επιστημονικό λάθος να δεχτούμε ότι όλες τελικά καταγγέλλονται είναι και αληθινές. Η λαϊκή αντίληψη ότι «το παιδί λέει πάντα αλήθεια» δεν ισχύει. Αυτό αποτελεί και μια ουσιαστική διαφορά μεταξύ του παιδοψυχίατρου/ ψυχιατροδικαστή και του παιδοψυχίατρου/ θεραπευτή. Η αβίαστη, άνευ καμίας εξωτερικής πίεσης ( είτε από άνθρωπο είτε από κατάσταση) ομολογία ενός παιδιού σε έναν έμπιστο ενήλικα, περί κακοποίησης του, την οποία συνήθως έχει υποστεί αρκετό καιρό πριν, είναι σχεδόν πάντα αξιόπιστη. Αλλά μόνο τότε. Όλες οι υπόλοιπες ομολογίες πρέπει να ελέγχονται προσεκτικά. Τα παιδιά, όπως

άλλωστε και οι ενήλικες μπορούν να δίνουν λάθος ή ανακριβείς μαρτυρίες για πολλές και ποικίλες αιτίες. Ο ειδικός της ψυχικής υγείας πρέπει να μπορεί να αποκωδικοποιεί το λόγο των παιδιών.

Η ψυχιατροδικαστική εκτίμηση ενός παιδιού για πιθανή σεξουαλική κακοποίηση, έχει τη δικιά της μεθοδολογία (και εκπαίδευση σε αυτήν) που στόχο έχει να μειώσει τους κινδύνους λάθους (όχι όμως και να τους εξαλείψει). Ο ειδικός οφείλει πέρα από οποιαδήποτε προσωπική προκατάληψη, να διερευνήσει και να καταγράψει τη συγκεκριμένη σημειολογία της καταγγελίας, και να ελέγξει αν αυτή ικανοποιεί τη σημειολογία που θα αναμενόταν σε

μια περίπτωση σεξουαλικής κακοποίησης ανηλίκου. Επιπλέον, πέρα από τα σημεία και τα στοιχεία, ο ειδικός θα πρέπει να έχει την εκπαίδευση και την εμπειρία να βλέπει και το «από κάτω κείμενο». Αν και ακόμα στον ελληνικό χώρο (όπως και σε πολλές άλλες δυτικές χώρες) δεν υπάρχουν συγκεκριμένα εργαλεία για μια τέτοια εξέταση, ο κλάδος μας σαφώς υποστηρίζει και προωθεί εκπαιδευτικά τη συστηματική προσέγγιση, τη δομημένη συνέντευξη, την ηλεκτρονική καταγραφή και τη συνεργασία των ειδικών (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και παιδοψυχιάτρων) στην εκτίμηση ανάλογων υποθέσεων.

## A-ΝΟΥΣ (Η ΚΡΥΦΟ-)ΕΓΚΛΗΜΑΤΙΑΣ;

Γιάννης Πανούσης, Καθηγητής, Εγκληματολογίας, Τμήμα Επικοινωνίας & ΜΜΕ, Παν/μιο Αθηνών

### Τι είναι ο ά-νους εγκληματίας;

Βλαξ, τρελλός, ανώμαλος, ιδιόρρυθμος, υποκριτής;

Από τη μία η κλασική άποψη.

Όσο βάρος και να ρίχνει κανείς σε κοινωνιοπολιτισμικούς παράγοντες,<sup>1</sup> ο ά-νους ασυνειδήτητα «μεταφέρει/ προβάλλει» το δικό του ψυχικό κόσμο με αρνητικό τρόπο στον πραγματικό περιβάλλοντα κόσμο.<sup>2</sup> Αδυνατώντας να προβεί σε ένα γνωστικό έλεγχο των πράξεών του ελλείπει ωρίμανσης<sup>3</sup> μπορεί να διαπράττει το ίδιο έγκλημα με τον ίδιο τρόπο και να συλλαμβάνεται συνεχώς δίχως να αντιλαμβάνεται το λάθος του στο *modus operandi*.<sup>4</sup>

Η ηθική της δικαιοσύνης και η ηθική της ευθύνης δεν έχουν νόημα για ένα άτομο που δεν μπορεί να σκεφτεί, να σταθμίσει γνωστικά και να εκφέρει ηθική κρίση<sup>5</sup> πριν πράξει. Η αντικειμενική έννοια του εγκλήματος πρέπει να υποχωρεί όταν η υποκειμενική πρόοψη δεν αφήνει κανένα περιθώριο για πρόθεση, σκοπό, αίσθημα ενοχής, ευθύνη.<sup>6</sup> Αξίες και ηθικές ταυτίσεις (identifications) προς άλλους δεν λειτουργούν. Το ίδιο ισχύει και με τον αυτο-έλεγχο (self-control).

Οι εγκληματολόγοι που υποστηρίζουν την διαφορικότητα (alterité) του εγκληματία (πρόκειται για έναν «άλλο») δεν δηλώνουν αν εξαιρούν τον α-νόμο. Αν το κριτήριο του *âge mental* (πνευματική ηλικία) σε σχέση με το *âge réel* (πραγματική ηλικία), δηλαδή το I.Q., δεν έχει εγκληματογόνο σημασία καθώς οι έρευνες δεν δείχνουν ιδιαίτερα χαμηλή ευφυΐα (κάτω του μέσου όρου) στον εγκληματικό πληθυσμό<sup>7</sup> τότε αυτός ο παράγοντας παύει να είναι εγκληματογόνος.

Η άλλη άποψη είναι περισσότερο ανα-στοχαστική. Το ζήτημα δεν είναι αν οι πλθιοί με τη συμπεριφορά και την αθωότητά τους παίζουν καταλυτικό ή αποκαλυπτικό ρόλο στις σχέσεις των

ανθρώπων ούτε αν η πονηριά είναι μέρος της βλακειάς ή της ευφυΐας<sup>8</sup> αλλά αν υπάρχει και αναγνωρίζεται παρ-άλογο (senseless) έγκλημα<sup>9</sup> που διαπράττει ένα μη - λογικό (non-sense) υποκείμενο. Το έγκλημα του α-νόμου είναι μη-αιτιολογημένο (non-motive) και κινείται μέσα σε μικρό κύκλωμα (court circuit)<sup>10</sup> ή μήπως ο αφύτης εγκληματίας δεν είναι πεπλανημένος<sup>11</sup> αλλά ο ίδιος -μέσω της προβαλλόμενης «βλακειάς»- παραπλανά τους άλλους και τη Δικαιοσύνη;

Η βλακεία είναι μια (μη;) νοσηρή διατάραξη της πνευματικής λειτουργίας<sup>12</sup> αλλά οι εγκληματικές πράξεις που απορρέουν από αυτήν μπορεί να μην έχουν καμία σχέση με (προ)νοσηρή προσωπικότητα,<sup>13</sup> να μην είναι δηλαδή καθαρό προϊόν της ολιγοφρένειας.<sup>14</sup> Το «τυφλόν και άλογο» της πράξης δείχνει νοητική διαταραχή αλλά δεν είναι βέβαιο ότι αποκλείει τη συμμετοχή του υποκειμένου στην τέλεση.<sup>15</sup>

Η απόπειρα π.χ. από «χονδροειδή ανοησία» δεν αποδεικνύει υποχρεωτικά πρόβλημα ικανότητας για καταλογοισμό<sup>16</sup> αλλά μπορεί να εντάσσεται σε μια θεωρία της εντύπωσης (ότι δεν τίθεται σε κίνδυνο η έννομη τάξη) και ότι οι δράστες λειτουργούν εκτός στοιχειωδών κανόνων λογικής.<sup>17</sup>

Μήπως όμως αυτές ακριβώς τις εντυπώσεις θέλει να εκμεταλλευτεί ο ευήθης δράστης;

Θυμίζω ότι ο πρωτόγονος Λέννου Σμάλ εγκληματεί (Τζ. Σταϊνμπεκ, Άνθρωποι και ποντίκια)<sup>18</sup> αλλά ο βραδύνους (και ταχύπους) κινηματογραφικός Φόρεστ Γκαμπ πετυχαίνει σε ό,τι κάνει. Λέγεται ότι «η τύχη βοηθάει τους χαζούς»<sup>19</sup> κι έτσι ο κοινωνικός διαφορισμός μεταξύ ευφυών και μη δεν γίνεται εκρηκτικός.<sup>20</sup> Μήπως όμως ήρθε η ώρα να γυρίσει ο (ποινικός) τροχός για όσους πλθιούς μας περνάνε για παν-πλθιούς;

### Σημειώσεις

<sup>1</sup> Πρβλ. B. J. Gallagher, III, *The sociology of mental illness*, 2nd ed, N.J. Prentice Hall 1980, σ. 6 επ.

<sup>2</sup> Πρβλ. P. Daco, *Ψυχανάλυση και ψυχική ισορροπία*, μτφ. Η. Εμμανουήλ, Δίπτυχο 1970, σ. 259-260.

<sup>3</sup> Πρβλ. Fr. Ferracuti e G. Newman, *Le ipotesi psicologiche in Criminologia*, σε Fr. Ferracuti (ed), *Theorie Criminogenetiche, prevenzione, ruolo delle istituzioni*, Giuffrè, Milano 1987, σ. 126, 136.

<sup>4</sup> Πρβλ. Sl. Schafer e Fr. Ferracuti, *Le tipologie in Criminologia*, σε "Teorie..." », όπ. π., σ. 9.

<sup>5</sup> Πρβλ. Fr. Digneffe, *Ηθική και εγκληματικότητα*, μτφ. Ηρώ Σαγκουνίδου-Δασκαλάκη, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 2000, σ. 153-154.

<sup>6</sup> Πρβλ. Leslie T. Wilkins, *Consumerist Criminology*, Heinemann, London 1984, σ. 52 επ, 161 επ. -βλ. γενικότερα Στ. Αλεξιάδου, *Οι διανοητικές καθυστερημένοι εγκληματίες*, ΑΠΘ, Θεσ/κν 1971, σ. 17-43.

<sup>7</sup> Βλ. L. Négrier-Dormont, *Criminologie, litec*, Paris 1992, σ. 40-41, 61, 62.

<sup>8</sup> Βλ. Ευαγγ. Λεμπέση, *Η τεράστια κοινωνική σημασία των βλακών στο σύγχρονο βίο*, Σηπλιώτης 2003, σ. 38, Δ. Χαριτόπουλου, *Εγχειρίδιο βλακειάς*, Τόπος 2008, σ. 95 επ., Θ. Καρζή, *Η βλακεία*

ως παράγων του ανθρώπινου βίου, Καστανιώτης 2007, σ. 11.

<sup>9</sup> Πρβλ. J. Katz, *Seductions of crime*, Basic Books, N.Y. 1988, σ. 274 επ.

<sup>10</sup> Βλ. R. Gassin, *Criminologic*, Dalloz 1998, σ. 472.

<sup>11</sup> Πρβλ. Ρ. Μούζιλ, *Η εγκυκλοπαίδεια της βλακειάς*, Αλεξάνδρεια 2007, σ. 21, 31.

<sup>12</sup> Πρβλ. Χρ. Βούρδα, *Τα περί καταλογοισμού άρθρα 34 και 36 Π.Κ.*, σε «Μνήμη Ν. Φωτάκη», Α. Σάκκουλας 1997, σ. 12-13 -βλ. για τον όρο «νοσηρός» Α. Κοτσολή, *Εισαγωγή στη δικαστική ψυχιατρική*, Α. Σάκκουλας 1995, σ. 60 επ.

<sup>13</sup> Βλ. Χρ. Βούρδα, όπ. π., σ. 14-15.

<sup>14</sup> όπ. π., σ. 17.

<sup>15</sup> Πρβλ. Ν. Φωτάκη, *Θέματα δικαστικής ψυχολογίας και δικαστικής ψυχιατρικής*, Θεσ/κν 1978, σ. 31.

<sup>16</sup> Βλ. Αλ. Κωστάρα, *Λόγος και αντίλογος για την απρόσφορη απόπειρα*, σε «Προβλήματα της απόπειρας στο Ποινικό Δίκαιο», Μελέτες-3, Νομική Σχολή ΔΠΘ, Α. Σάκκουλας 1995, σ. 78, 90.

<sup>17</sup> Βλ. περισσότερο σε Αλ. Κωστάρα, *Η απρόσφορη απόπειρα. Δογματική θεμελίωση και ερμηνευτική πραγμάτευση*, Α. Σάκκουλας 1997, σ. 190-191.

<sup>18</sup> Βλ. Παρέμβαση Ιωάννα Κονδύλη, σε «Ψυχιατρική και Δίκαιο», III, Α. Σάκκουλας 2008, σ. 349-350



# ΠΑΙΔΟΚΤΟΝΙΑ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

Τζεφεράκος Γεώργιος: Ψυχίατρος-Επιστημονικός Συνεργάτης Ειδικού Ιατρείου Ψυχιατροδικαστικής Νοσοκομείο «Αττικό»

## Εισαγωγή

Η Παιδοκτονία, η δολοφονία δηλαδή ενός παιδιού από ένα γονέα, είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, με ποικίλες αίτιες και χαρακτηριστικά. Η σημασία της συσχέτισης μεταξύ παιδοκτονίας και προϋπάρχουσας γονεϊκής ψυχιατρικής διαταραχής αποκτά βαρύνουσα σημασία αν λάβουμε υπ' όψιν το γεγονός ότι πολλοί παιδοκτόνοι γονείς έρχονται σε επαφή με επαγγελματίες ψυχικής υγείας πριν από την τέλεση του εγκλήματος. Καθίσταται, λοιπόν, επιτακτική η ανάγκη της καλύτερης κατανόησης των διαφόρων γονεϊκών και ενδοοικογενειακών δυναμικών, τα οποία οδηγούν στην παιδοκτονία, έτσι ώστε να γίνει εφικτή η σωστή εκτίμηση των κινδύνων και η καλύτερη σχεδίαση στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης.

Στην ξένη βιβλιογραφία συναντούμε τους όρους: neonaticide, infanticide και filicide, οι οποίοι χρησιμοποιούνται για την χρονολογική ταυτοποίηση του εγκλήματος σε σχέση με την ηλικία του θύματος. Ο όρος neonaticide αναφέρεται στη παιδοκτονία νεογνού μέσα στην πρώτη μέρα της ζωής του. Ο όρος infanticide προσδιορίζει την παιδοκτονία βρέφους μεγαλύτερου της μιας ημέρας και μικρότερου του ενός έτους, ενώ ο όρος filicide είναι η δολοφονία παιδιού μεγαλύτερου του ενός έτους. Για την διευκόλυνση της καταγραφής και ανάλυσης, θα χρησιμοποιήσουμε τους ελληνικούς όρους: νεογονκτονία, βρεφοκτονία και παιδοκτονία οι οποίοι, κατά προσέγγιση, αντιστοιχούν στους αγγλικούς neonaticide, infanticide και filicide. Στον Ποινικό Κώδικα της χώρας μας (άρθρο 303) γίνεται ιδιαίτερη μνεία στο χρονικό διάστημα των πρώτων 12 μηνών της ζωής ενός παιδιού σε σχέση με την παιδοκτονία, καθώς αναγνωρίζεται ότι αυτή η περίοδος είναι ιδιαίτερα βεβαρημένη για την νέα μητέρα.

## Ταξινόμηση

Μέσα στα πλαίσια της προσπάθειας της καλύτερης κατανόησης των αιτιών της παιδοκτονίας έχουν προταθεί διάφορα ταξινομικά συστήματα, τα οποία στηρίζονται κυρίως στα κίνητρα αλλά και στο αίτιο της ανθρωποκτονικής παρόρμησης των γονέων. Ο Resnick ήταν ο πρώτος, που πρότεινε ένα ταξινομικό σύστημα βασισμένο στο κίνητρο: αλτρουισμός, οξεία ψύχωση, ανεπιθύμητο παιδί, ατύχημα και συζυγική εκδίκηση. Η αλτρουιστική παιδοκτονία χαρακτηρίζεται από την επιθυμία απαλλαγής του παιδιού από πραγματικό ή φαντασικό πόνο και βάσανο και περιλαμβάνει και τον φόνο, που συνοδεύεται από αυτοκτονία του θύτη. Οξεία ψυχωτική παιδοκτονία, όπως υποδηλώνει και ο ορισμός της, είναι ο φόνος, που τελείται μέσα στο πλαίσιο βαρείας ψυχικής διαταραχής. Στη παιδοκτονία ανεπιθύμητου παιδιού, οι γονείς δεν επιθυμούν την ύπαρξη του θύματος (αμφίβολη πατρότητα, εξωσυζυγικές σχέσεις). Παιδοκτονία λόγω ατυχήματος είναι ο μη προσχεδιασμένος θάνατος, που επέρχεται λόγω παιδικής κακοποίησης (battered child syndrome) και η παιδοκτονία για εκδίκηση περιγράφει φόνους που τελέστηκαν με στόχο την τιμωρία ή την εκδίκηση του ενός γονέα προς τον άλλον.

Άλλα μοντέλα ταξινόμησης, βασισμένα στα κίνητρα της παιδοκτονίας, περιλαμβάνουν αυτά των Scott και d'Orban καθώς και αυτό των Guileyardo et al., με 16 υποκατηγορίες. Σε μια προσπάθεια ενσωμάτωσης της κλινικής εικόνας και του κινήτρου οι Bourget και Bradford πρότειναν πέντε κύριες κατηγορίες: Παθολογική παιδοκτονία, παιδοκτονία εξ ατυχήματος, εκδικητική παιδοκτονία, νεογονκτονία και πατρική παιδοκτονία. Στην πρώτη κατηγο-

ρία περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις γονέων με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές (ψυχωτικές ή αλτρουιστικές παιδοκτονίες, ανθρωποκτονία-αυτοκτονία). Στις επόμενες δυο κατηγορίες περιλαμβάνονται οι παιδοκτονίες, που έλαβαν χώρα χωρίς ανθρωποκτόνο πρόθεση (σύνδρομο Munchausen δια αντιπρόσωπου) καθώς και αυτές που έγιναν για λόγους εκδίκησης, αντίστοιχα. Η νεογονκτονία περιλαμβάνει τις περιπτώσεις παιδοκτονίας, μέσα στις πρώτες 24 ώρες ζωής του νεογνού, όπως έχουμε ήδη επισημάνει και συνήθως συσχετίζεται με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη. Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης των ταξινομικών προβλημάτων, που προέκυπταν από την χρήση των παραπάνω συστημάτων (εκτεταμένη αλληλοεπικάλυψη, απάλειψη σημαντικών παραμέτρων), οι Bourget και Gagné ανέπτυξαν ένα ταξινομικό σύστημα, το οποίο λαμβάνει υπ' όψιν διάφορες παραμέτρους της ανθρωποκτόνου πράξης και των συνοδών περιστάσεων (γονεϊκό κίνητρο, πρόθεση, ψυχιατρικές διαταραχές).

## Ερευνητικά Στοιχεία και αποτελέσματα

Το πρώτο έτος ζωής διαφαίνεται να είναι μια πολύ κρίσιμη περίοδος και ιδιαίτερα η πρώτη μέρα, κατά την διάρκεια της οποίας ο κίνδυνος παιδοκτονίας κορυφώνεται. Οι παιδοκτονίες, που τελούνται κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδος, έχουν ως θύτη, σχεδόν αποκλειστικά, την μητέρα και οφείλονται κυρίως σε ψυχοκοινωνικούς επιβαρυντικούς παράγοντες. Αντίθετα στις παιδοκτονίες που τελούνται σε προχωρημένη παιδική ηλικία, ο δράστης είναι συνήθως ο πατέρας. Τα τελευταία ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχει μια ισοκατανομή ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες παιδοκτόνους. Ισοκατανομή διαφαίνεται ότι υπάρχει και ανάμεσα στα θύματα, οσον αφορά στο φύλο. Οι μητέρες είναι πιο πιθανόν να σκοτώσουν κορίτσια, ενώ οι πατέρες αγόρια, ιδιαίτερα πάνω από 15 χρονών. Στις πατρικές παιδοκτονίες καταγράφεται πιο συχνά προηγούμενο ιστορικό παιδικής κακοποίησης (child abuse) του θύματος από τον γονέα-θύτη. Οι εκδικητικές παιδοκτονίες διαπράττονται από γονείς, που παρουσιάζουν στοιχεία διαταραχών προσωπικότητας, κυρίως μεθοριακής.

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών έχει καταγράψει την άμεση συσχέτιση μεταξύ γονεϊκής ψυχιατρικής διαταραχής και παιδοκτονίας. Η πιο συχνά καταγεγραμμένη ψυχική διαταραχή είναι η κατάθλιψη με ψυχωτικά στοιχεία. Ο Resnick, μελετώντας 131 περιπτώσεις παιδοκτονίας, βρήκε ότι το 75% των παιδοκτόνων εμφανίζουν ψυχιατρικές διαταραχές, όπως μείζονα κατάθλιψη και σχιζοφρένεια. Σε μια αντίστοιχη Τουρκική μελέτη το 50% των δραστήων έπασχαν από ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως σχιζοφρένεια (61%) και μείζονα κατάθλιψη (22%). Οι Bourget και Gagné κατέγραψαν μεγαλύτερα ποσοστά ψυχιατρικά πασχόντων παιδοκτόνων: 85% των μητέρων και 56% των πατέρων έπασχαν από κατάθλιψη ή κάποιου είδους ψυχωτική διαταραχή. Άλλες μελέτες (Lewis και Bunce, Stanton et al.) έδειξαν ότι οι ψυχωτικές μητέρες είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν βίαιες μεθόδους ανθρωποκτονίας, όπως και οι παιδοκτόνοι πατέρες, να έχουν πολλαπλά θύματα και συχνά κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας.

Ένα αρκετά συχνό φαινόμενο είναι η διπλή παιδοκτονία-αυτοκτονία. Φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας του θύματος και της αυτοκτονίας του παιδοκτόνου, με πολύ μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις δολοφονίες μεγαλύτερων παιδιών. Στον Καναδά, μεταξύ 1993 και 2002, το ποσοστό γονεϊκών αυτοκτονιών μετά από βρεφοκτονία ήταν 4%, ενώ το ποσοστό

αυτό εκτοξευόταν στο 60% στις περιπτώσεις παιδοκτονίας, στις οποίες το θύμα ήταν μεταξύ 12 και 17 χρονών. Γονεϊκές απόπειρες αυτοκτονίας δεν είναι χαρακτηριστικές των νεογονοκτονιών, της παιδοκτονίας από ατύχημα, για λόγους εκδίκησης, λόγω κακοποίησης ή ανεπιθύμητης μητρότητας-πατρότητας. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία για την επικράτηση του ενός ή του άλλου φύλου, καθώς οι διάφορες μελέτες δίνουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Στις περιπτώσεις παιδοκτονίας-αυτοκτονίας σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα η κατάθλιψη.

Πέραν των ψυχικών διαταραχών (ψυχώσεις, κατάθλιψη, διαταραχές προσωπικότητας), υπάρχουν και άλλοι παράγοντες, που παίζουν ρόλο στο σύνθετο φαινόμενο της παιδοκτονίας: α) Η παρουσία σημαντικών επιβαρυντικών γεγονότων ζωής (ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ανεργία, οικονομικά προβλήματα, κακοποιητικές συντροφικές σχέσεις, επικείμενο διαζύγιο), β) Κοινωνική

απομόνωση και ελλειμματικό δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης και γ) Ιστορικό παιδικής κακοποίησης.

### Συζήτηση

Όπως έχει ήδη τονιστεί, το φαινόμενο της παιδοκτονίας είναι πολυσύνθετο. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική την ανάγκη υιοθέτησης ενός κοινά αποδεκτού συστήματος ταξινόμησης, καλύτερης και πιο εμπειροστατωμένης συλλογής και ανάλυσης περιστατικών παιδοκτονίας, διεπιστημονικής συνεργασίας και ευαισθητοποίησης, βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης. Είναι σημαντική η ενημέρωση όλων των επαγγελματιών (δικηγόροι, γυναικολόγοι, παιδίατροι, δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί), όχι μόνο των ψυχιάτρων, για την έγκαιρη αναγνώριση και την σωστή αντιμετώπιση όλων των συνιστώσων, που μπορούν να οδηγήσουν στην παιδοκτονία.

### Βιβλιογραφία

- Bourget D, Bradford JMW: Homicidal parents. *Can J Psychiatry* 35:233-8, 1990
- Bourget D, Gagné P: Maternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 30:345-51, 2002
- Bourget D, Gagné P: Paternal filicide in Quebec. *J Am Acad Psychiatry Law* 33:354-60, 2005
- Bourget D, Labelle A: Homicide, infanticide, and filicide. *Psychiatr Clin North Am* 15:661-73, 1992
- Browne K, Lynch M: The nature and extent of child homicide and fatal abuse. *Child Abuse Rev* 4:309-16, 1995
- Cooper M, Eaves D: Suicide following homicide in the family. *Violence Victims* 11:99-112, 1996
- Crittenden P, Graig S: Developmental trends in the nature of child homicide. *J Interpers Violence* 5:202-16, 1990
- d'Orban PT: Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 134:560-71, 1979
- Daly M, Wilson M: Homicide. New York: Aldine de Gruyter, 1988
- Finkelhor D, Dzuiba-Leatherman J: Victimization of children. *Am Psychol* 49:173-83, 1994
- Friedman SH, Horwitz SM, Resnick PJ: Child murder by mothers: a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 162:1578-87, 2005
- Grimmins S, Langley S, Brownstein HH, et al: Convicted women who have killed children: a self-psychology perspective. *J Interpers Violence* 12:49-69, 1997
- Guileyardo JM, Prahlow JA, Barnard JJ: Familial filicide and filicide classification. *Am J Forensic Med Pathol* 20:286-92, 1999
- Harder T: The psychopathology of infanticide. *Acta Psychiatr Scand* 43:196-245, 1967
- Hicks RA, Gaughan DC: Understanding fatal child abuse. *Child Abuse Negl* 19:855-63, 1995
- Holden CE, Burland AS, Lemmen CA: Insanity and filicide: women who murder their children. *New Dir Ment Health Serv* 69:25-34, 1996
- Husain A, Daniel A: A comparative study of filicidal and abusive
- Jacobs DG. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1999, pp 188-209
- Kunz J, Bahr S: A profile of parental homicide against children. *J Fam Violence* 11:347-62, 1996
- Lewis CF, Bunce SC: Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 31:459-70, 2003
- Marks MN, Kumar R: Infanticide in Scotland. *Med Sci Law* 36:299-305, 1996
- Marks MN, Kumar R: Parents who kill their infants. *Br J Midwif* 3:249-53, 1995
- Marks MN: Characteristics and causes of infanticide in Britain. *Int Rev Psychiatry* 8:99-106, 1996
- Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS: Epidemiology of murder-suicide. *JAMA* 267:3179-83, 1992
- McGrath P: Maternal filicide in Broadmoor Hospital. *J Forensic Psychiatry* 3:271-97, 1992
- McKnight CK, Mohr JW, Quinsey RE, et al: Mental illness and homicide. *Can Psychiatr Assoc J* 11:91-8, 1966
- mothers. *Can J Psychiatry* 29:596-8, 1984
- Myers SA: Maternal filicide. *Am J Dis Child* 120:534-6, 1970
- Nock MK, Marzuk PM: Murder-suicide: phenomenology and clinical implications, in *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Edited by
- Resnick PJ: Child murder by parents: a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 126:325-34, 1969
- Resnick PJ: Murder of the newborn: a psychiatric review of neonaticide. *Am J Psychiatry* 126:1414-20, 1970
- Rodenburg M: Child murder by depressed parents. *Can Psychiatr Assoc J* 16:41-9, 1971
- Schloesser P, Pierpont J, Poertner J: Active surveillance of child abuse fatalities. *Child Abuse Negl* 16:3-10, 1992
- Schmidt P, Grass H, Madea B: Child homicide in Cologne (1985-1994). *Forensic Sci Int* 79:131-44, 1996
- Scott PD: Parents who kill their children. *Med Sci Law* 13: 120-6, 1973
- Silverman RA, Kennedy LW: Women who kill their children. *Violence Victims* 3:113-27, 1988
- Simpson A, Stanton J: Maternal filicide: a reformulation of factors relevant to risk. *Crim Behav Ment Health* 10:136-47, 2000
- Sorenson SB, Peterson JG: Traumatic child death and documented maltreatment history, Los Angeles. *Am J Public Health* 84:623-7, 1994
- Tuteur W, Gloptzer J: Murdering mothers. *Am J Psychiatry* 116:447-52, 1959
- Vanamo T, Kauppi A, Karkola K, et al: Intra-familial child homicide in Finland 1970-1994: incidence, causes of death and demographic characteristics. *Forensic Sci Int* 117:199-204, 2001
- Wilczynski A: *Child Homicide*. London: Greenwich Medical Media, 1997

# ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΠΡΑΓΜΑΤΟΓΝΩΜΟΝΑ

Αναστασία Παρασκευοπούλου-Rush, PhD, Δικαστική Ψυχολόγος

**Η** αξιολόγηση ανηλίκου σε δικαστικές υποθέσεις είναι μια διαδικασία που καλείται να γεφυρώσει τους κλάδους της Παιδοψυχιατρικής και της Παιδοψυχολογίας με τα Νομοθετικό πλαίσιο που αφορά την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού και απευθύνεται στους δικαστικούς λειτουργούς. Στόχος της είναι να παρέχει στο Δικαστήριο αντικειμενικά στοιχεία αναφορικά με το «συμφέρον του παιδιού», ανεξάρτητα από την ταυτότητα ή το ρόλο του εντολέα και ακολουθεί διαφορετικές διαδικασίες, έχει διαφορετικό σκοπό και ερευνά διαφορετικούς παράγοντες από εκείνους μιας κλινικής εξέτασης στην Παιδοψυχολογία ή Παιδοψυχιατρική.

Στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, ολοένα και περισσότερο δικαστικοί λειτουργοί απευθύνονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να αξιολογήσουν μια υπόθεση και τα εμπλεκόμενα σε αυτήν πρόσωπα. Εξίσου σημαντικός είναι και ο αριθμός των νομικών συμβούλων των αντιδίκων που ζητούν από τους ειδικούς ψυχικής υγείας να γνωματεύσουν με στόχο την ισχυροποίηση της θέσης τους για την υπεράσπιση του πελάτη τους. Οι ιδιαιτερότητες της διαδικασίας αξιολόγησης ανηλίκου σε δικαστικές υποθέσεις και οι αυστηροί κανόνες που τη διέπουν, αναδεικνύουν την ανάγκη να ιδρυθεί και στην Ελλάδα ένας φορέας που θα γεφυρώσει τους κλάδους της Ψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Παιδοψυχιατρικής και της Αναπτυξιακής Ψυχολογίας με το Νομικό κλάδο, με σκοπό την εξειδίκευση και πιστοποίηση τόσο των πραγματογνωμόνων όσο και των φορέων που διενεργούν αυτού του είδους τις αξιολογήσεις.

Η αξιολόγηση ανηλίκου σε δικαστικές υποθέσεις μπορεί να αφορά περιπτώσεις: (1) ρύθμισης της επιμέλειας και ζητημάτων επικοινωνίας του γονέα που δεν κατοικεί με το παιδί στις περιπτώσεις διαζυγίου, (2) αδυναμίας άσκησης της γονικής μέριμνας από τους δύο ή τον ένα γονέα λόγω γονικής ανεπάρκειας, (3) ρύθμισης της γονικής μέριμνας ή επιμέλειας λόγω κακοποίησης-παράμελψης του παιδιού ή γονικής ανεπάρκειας, (4) παραβατικότητας και (5) αποζημίωσης λόγω ηθικής βλάβης που υπέστη το παιδί. Το είδος και η μεθοδολογία της αξιολόγησης διαφοροποιείται ανάλογα με το νομοθετικό πλαίσιο της κάθε χώρας, βάση του οποίου κρίνεται η δικαστική υπόθεση. Πιο συγκεκριμένα μια αξιολόγηση μπορεί να γίνει κατά το: α) αστικό δίκαιο, και ιδιαίτερα το οικογενειακό δίκαιο, β) ποινικό δίκαιο, γ) δίκαιο ανηλίκων. Στις χώρες της Βόρειας Αμερικής και Ευρώπης, ο πραγματογνώμων είναι ο παιδοψυχίατρος με εξειδίκευση/ εμπειρία σε θέματα Ψυχιατροδικαστικής ή είναι κάτοχος διδακτορικού διπλώματος στην Κλινική ή Δικαστική Ψυχολογία, που ειδικεύεται και λαμβάνει πιστοποίηση σε συγκεκριμένο Δίκαιο, είναι γνώστης της Νομοθεσίας της χώρας στην οποία εκδικάζεται η υπόθεση, επιμορφώνεται διαρκώς από πιστοποιημένους φορείς και υπόκειται στον αντίστοιχο της χώρας του επαγγελματικό Κώδικα Δεοντολογίας [π.χ. της American Psychological Association (APA) στον τομέα της Δικαστικής Ψυχολογίας, της Association of Family & Conciliation Courts (APA Standards & Ethics), της British Psychological Association (BPA)]. Ορίζεται από εισαγγελέα/ δικαστή, το γονέα ή το/ τους δικηγόρους, δεν εκκρεμούν εις βάρος του καταγγελιές για παράβαση επαγγελματικής δεοντολογίας, συνεργάζεται με Διεπιστημονική Ομάδα και εποπτεύεται κατά την

άσκηση των καθηκόντων του. Στις χώρες όπου έχει κατοχυρωθεί ο κλάδος, υπάρχουν εξειδικευμένοι φορείς που καθορίζουν τις πιστοποιήσεις και τις υποχρεώσεις του πραγματογνώμονα και καταρτίζουν ένα αρχείο με τους επαγγελματίες που πληρούν τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Ο Δικαστικός Ψυχολόγος ή Παιδοψυχίατρος, δύναται να διαδραματίσει διάφορους ρόλους οι οποίοι, κατά κανόνα, είναι ασυμβίβαστοι μεταξύ τους. Δραστηριοποιείται ως διαμεσολαβητής, ως πραγματογνώμων διορισμένος από δικαστικές αρχές ή ως τεχνικός σύμβουλος. Όταν αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει μια αξιολόγηση επιμέλειας, οφείλει να αποφύγει την ανάληψη αλληλοσυγκρουόμενων ρόλων προκειμένου να διασφαλίσει την ουδετερότητα και την αντικειμενικότητά του. Δεν πρέπει να αναλαμβάνει τη διεξαγωγή πραγματογνωμοσύνης όταν έχει ήδη εμπλακεί ως θεραπευτής του παιδιού ή άλλων μελών της οικογένειας (Wrightsmann, 2001). Όποιος κι αν είναι ο ακριβής ρόλος που καλείται να διαδραματίσει σε μια δικαστική υπόθεση επιμέλειας, οφείλει πάντα, κατά τον Levy, να είναι ανοιχτός, ευθύς, ειλικρινής, μη-επικριτικός, να μην παριστάνει τον παντογνώστη και να είναι αμερόληπτος (Levy, 1988).

Οι αρμοδιότητες του πραγματογνώμονα είναι αποκλειστικά διαγνωστικής φύσεως και σε καμία περίπτωση θεραπευτικής, αξιολογεί με γνώμονα τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας του παιδιού, ενεργεί με τη συγκατάθεση των ενηλίκων και ενημερώνει το παιδί για το σκοπό της αξιολόγησης. Επιπλέον, ενημερώνει τους ενήλικους για τα όρια του απορρήτου των δεδομένων της αξιολόγησης, παραδίδει έκθεση με το πόρισμα της εξέτασης που διεξήγαγε και όχι προτάσεις ή αποφάσεις για την υπόθεση και δεν εκφέρει γνώμη για άτομα τα οποία δεν έχει αξιολογήσει και εμπλέκονται στην υπόθεση (από το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον, κ.ά.).

Προκειμένου λοιπόν να διασφαλιστεί ότι η αναφορά που θα φτάσει στα χέρια των δικαστικών λειτουργών και νομικών συμβούλων αποτελεί πραγματογνωμοσύνη που διεξήχθη από πιστοποιημένο ειδικό σε δικαστικές υποθέσεις και όχι από μη κατάλληλα εξειδικευμένο επαγγελματία, κάθε χώρα ενδείκνυται να ρυθμίσει νομοθετικά τον τρόπο πιστοποίησης των πραγματογνωμόνων. Με αυτόν τον τρόπο, προωθείται ο κλάδος της Δικαστικής Ψυχολογίας και Ψυχιατρικής που καθορίζουν τις πολιτικές και τις διαδικασίες, αρχές και τα κριτήρια που πρέπει να τηρούνται προκειμένου να κατοχυρώνεται η εγκυρότητα και αξιοπιστία των πρακτικών που χρησιμοποιούν οι πραγματογνώμονες. Παράλληλα, χρειάζεται να διασφαλιστεί η ασυλία των πραγματογνωμόνων, έτσι ώστε να είναι σε θέση να εκφράζουν ελεύθερα τις επιστημονικές τους θέσεις, χωρίς να απειλούνται από πιθανές μηνύσεις.

Όσο δεν υπάρχουν δομές που θα επιβλέπουν και θα καθορίζουν με ακρίβεια το ρόλο του πραγματογνώμονα, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος για τον πραγματογνώμονα να υποπέσει σε δεοντολογικά ολισθήματα. Για να αποφύγει εσφαλμένες κρίσεις χρειάζεται να είναι σε εγρήγορση σε ό,τι αφορά τους ατομικούς του περιορισμούς και τις προκαταλήψεις του. Αν δεν είναι σε θέση να αποφύγει τη μεροληψία οφείλει να παραιτηθεί. Δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο κατά το οποίο ο πραγματογνώμων αναλαμβάνει ασυνείδητα ή υποσυνείδητα το ρόλο του «συνήγορου-υπερασπιστή»

του ενός ή του άλλου γονέα, μέσα από μια μεταβιβαστική-αντιμεταβιβαστική δυναμική. Τέτοια φαινόμενα λειτουργούν σε βάρος της αντικειμενικής του κρίσης και υπονομεύουν το ίδιο το «συμφέρον του παιδιού». Εξίσου σημαντικό είναι να αναλάβει αλλη-

λοσυγκρουόμενους ρόλους, π.χ. να είναι και πραγματογνώμων και θεραπευτής, καθώς μια τέτοια σύγχυση ρόλων δεν του επιτρέπει να παραμείνει αμερόληπτος (Strasburger et al., 1997).

### Βιβλιογραφία

- Levy, A. M. Child Custody. In C. J. Kestenbaum & D. T. Williams (Eds.).
- Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents. Vol II. New York: New York University Press, 1988, pp. 983-1005.
- Strasburger, L. H., Guthel, T. G. & Brodsky, A. On Wearing Two Hats: Role
- Conflict in Serving as Both Psychotherapist and Expert Witness. Am J Psychiatry, 1997, 54:4, 448-456.
- Wrightsman, L. S. Forensic Psychology. California: Wadsworth/Thomson
- Learning, 2001.

## Περίληψεις ενδιαφέρουσων παρουσιάσεων του Συνεδρίου «ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ» που διοργανώθηκε από την Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων του Ηνωμένου Βασιλείου

Δρ Ιωάννα Γιαννοπούλου, Παιδοψυχίατρος, Αν. Δ/τρια ΕΣΥ, Κ.Ψ.Υ. Περιστερίου & Β' Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, ΠΓΝ. «Αττικόν».

### ASSOCIATION FOR CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH WORKING WITH YOUNG OFFENDERS: CAMHS AND FORENSIC SERVICES

Jack Tizard Memorial Lecture and Day Conference, 12 June 2009

#### ADHD IN YOUNG OFFENDERS

DR SUSAN YOUNG (Clinical Senior Lecturer in Forensic Clinical Psychology, Department of Forensic Mental Health Science, Institute of Psychiatry, King's College London, U.K.)

**Η** Δρ Susan Young (Clinical Senior Lecturer in Forensic Clinical Psychology, Department of Forensic Mental Health Science, Institute of Psychiatry, King's College London) στην πολύ ενδιαφέρουσα παρουσίασή της εστίασε την προσοχή της στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), η οποία, όπως τόνισε, δεν διαγιγνώσκεται - από τους ειδικούς - στους ανήλικους παραβάτες, με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν την απαραίτητη και σύμφωνη με τις ανάγκες τους θεραπευτική παρέμβαση. Στη συνέχεια αναφέρθηκε στις έρευνες που έχουν δείξει την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ΔΕΠΥ και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, καθώς και την υψηλή συχνότητα της ΔΕΠΥ σε εφήβους παραβάτες που έχουν τεθεί υπό περιορισμό σε Ιδρύματα Αγωγής ή σωφρονιστικά καταστήματα ή βρίσκονται υπό παρακολούθηση από ψυχιατροδικαστικές υπηρεσίες. Μία πρόσφατη έρευνα που αφορούσε τους ενήλικους κρατούμενους στη φυλακή Aberdeen της Σκωτίας (N=198) έδειξε ότι το 24% των φυλακισμένων είχε εμφανίσει ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, εκ των οποίων το 23% (6% του συνολικού δείγματος) συνέχιζε να εμφανίζει τη διαταραχή, ενώ το 33% παρουσίαζε μερική ύφεση των συμπτωμάτων. Τα άτομα με ΔΕΠΥ, κατά τη διάρκεια της κράτησής τους, είχαν εκδηλώσει περισσότερη βία και ανεξέλεγκτη επιθετική συμπεριφορά προς άλλα άτομα ή προς την περιουσία, καθώς και περισσότερη λεκτική επιθετικότητα συγκριτικά με τους άλλους κρατούμενους, ανεξαρτήτως από το αν πληρούσαν και τα κριτήρια για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Η Δρ Young επεσήμανε ότι οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης ΔΕΠΥ στους παραβατικούς εφήβους και ενήλικους, οι οποίοι εμπλέκονται στο ποινικό σύστημα δικαιοσύνης, είναι μεγαλύτερη από εκείνη που συναντάται στο γενικό πληθυσμό. Στην περίπτωση πρώιμης έναρξης της διαταραχής διαγωγής και συννοσηρότητας με ΔΕΠΥ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την πρώιμη έναρξη παραβατικής συμπεριφοράς, ακόμη και πριν την ηλικία των 11 ετών. Οι παραβατικοί έφηβοι με ΔΕΠΥ έχουν τετραπλάσια έως πενταπλάσια πιθανότητα να συλληφθούν και να καταδικαστούν για ποινικό αδίκημα, καθώς και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υποτροπής. Η παραβατική συμπεριφορά του νεαρού παραβάτη με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται, ως επί το πλείστον, από παρορμητικότητα, ορμητικότητα και αναζήτηση «νέων» ερεθισμάτων που οδηγεί σε ευκαιριακού-τύπου εγκλήματα και σύλληψη. Τα γνωστικά ελλείμματα (π.χ. στη λεκτική μνήμη, στην κατανόηση του προφορικού λόγου) και η ΔΕΠΥ συμπτωματολογία (π.χ. αδυναμία συγκέντρωσης) αυξάνουν περαιτέρω την ευαλωτότητα του νεαρού παραβάτη που εμφανίζεται/ καλείται να καταθέσει ενώπιον των ανακριτικών, δικαστικών και εισαγγελικών αρχών. Για παράδειγμα, η επιθυμία του να «ξεφύγει» ή να «τερματίσει» γρήγορα τη διαδικασία κατάθεσης στην αστυνομία μπορεί να τον οδηγήσει σε ψευδή ομολογία. Η κυκλοθυμική του ιδιοσυγκρασία και ο ελλιπής αυτό-έλεγχος συμβάλλουν στα προβλήματα διαχειρίσεως της συμπεριφοράς του σε συνθήκες εγκλεισμού.

Η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ΔΕΠΥ και της παραβατικής/ εγκληματικής συμπεριφοράς έχει τεκμηριωθεί από τα αποτελέσματα μετανάλυσης 20 μελετών που οδήγησε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠΥ αποτελεί παράγοντα που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ξεκινώντας από την πρώιμη παρέμβαση έως την αποκατάσταση και επίβλεψη των ενήλικων παραβατών, οι οποίοι χρήζουν αναγνώρισης, υποστήριξης και βοήθειας από επαγγελματίες με εμπειρία στη ΔΕΠΥ. Απαραίτητη δε είναι η εφαρμογή συνδυασμένων παρεμβάσεων που θα στοχεύουν όχι μόνο στην αντιμετώπιση (π.χ. φαρμακευτική) της συμπτωματολογίας, αλλά και στον έλεγχο της συμπεριφοράς καθώς και στην ανάπτυξη προκοινωνικών δεξιοτήτων.

## SEXUALLY ABUSIVE BEHAVIOUR AND EMERGING PERSONALITY DISORDER IN CHILDHOOD: TRAJECTORIES AND OUTCOMES

DR EILEEN VIZARD, (Clinical Director of the National Clinical Assessment & Treatment Service formerly known as the Young Abusers Project based in London)

**Η** Δρ Vizard εστίαστηκε στους ανήλικους που διαπράττουν σεξουαλικές παραβάσεις και στην ανάπτυξη κατάλληλων παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση του κινδύνου της υποτροπής, δηλαδή της μελλοντικής επανάληψης της ίδιας παραβατικής πράξης. Αναφέρθηκε στις στρατηγικές και υπηρεσίες που έχουν αναπτυχθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο για την εντόπιση και θεραπευτική παρέμβαση των ανήλικων δραστών της σεξουαλικής κακοποίησης των παιδιών. Τόνισε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν αυτήν την ομάδα εφήβων παραβατών οφείλουν να εργάζονται ως μέλη διεπιστημονικής ομάδας και σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και φορείς, έχοντας πάντα ως αρχή τους την προστασία του παιδιού. Εστίαστηκε επίσης στα διαχρονικά, πλέον σταθερά, ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας και της επιθετικότητας που έχουν υψηλή συσχέτιση με τη διαταραχή διαγωγής και την παραβατικότητα, αλλά και στα ήδη ευδιάκριτα, από την εφηβική ή ακόμη την παιδική ηλικία, «ψυχοπαθητικά» στοιχεία προσωπικότητας τα οποία σηματοδοτούν πιθανή ανάδυση σοβαρής διαταραχής προσωπικότητας, η οποία θα μπορούσε να θεωρηθεί αναπτυξιακή διαταραχή. Η Δρ Vizard αναφέρθηκε στις ψυχομετρικές ιδιότητες (εγκυρότητα και αξιοπιστία) των εργαλείων που έχουν πρόσφατα αναπτυχθεί για την αξιολόγηση της «ψυχοπαθητικότητας» στους εφήβους, όπως The Psychopathy Checklist: Youth Version - PCL:YV. Τόνισε ότι αν και η προβλεπτική τους ισχύ δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, οι μελέτες μέχρι σήμερα έχουν δείξει ότι οι έφηβοι που διαπράττουν σοβαρές βίαιες και σεξουαλικές παραβατικές πράξεις λαμβάνουν υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες «ψυχοπαθητικότητας» από ό,τι οι έφηβοι των οποίων οι αξιοποιούμενες πράξεις δεν χαρακτηρίζονται από βία. Επεσήμανε την ανάγκη της διαφοροδιάγνωσης μεταξύ της άρχουσας διαταραχής προσωπικότητας με ψυχοπαθητικά στοιχεία και της διαταραχής αυτιστικού φάσματος υψηλής λειτουργικότητας, αφού και στις δύο διαταραχές απουσιάζει η ενσυναίσθηση (empathy) και η ικανότητα συσχέτισης των πράξεων με τις συνέπειες αυτών, λόγω όμως διαφορετικού γνωστικού/ νευροψυχολογικού ελλείμματος. Η Δρ Vizard επεσήμανε ότι οι παιδοψυχίατροι και οι ψυχολόγοι παραλείπουν συχνά, κατά την εξέταση της ψυχικής κατάστασης, την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών προσωπικότητας των παιδιών ή εφήβων. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην τάση των ειδικών να αποφεύγουν τη «στιγματοποίηση» ενός παιδιού που τα προβλήματα στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και στην ψυχοκοινωνική εξέλιξή του αυξάνουν την πιθανότητα διάγνωσης διαταραχής προσωπικότητας στην ενήλικη ζωή. Δεδομένου όμως ότι το ποσοστό των ενηλίκων με ψυχοπαθητικά στοιχεία προσωπικότητας είναι σημαντικά αυξημένο μεταξύ των πιο επικίνδυνων φυλακισμένων, η έγκαιρη εντόπιση παιδιών με ψυχοπαθητικά στοιχεία και πρόωπη παρέμβαση σε αυτά είναι πολύ σημαντική και αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

## MULTISYSTEMIC THERAPY: DEVELOPMENT, PRACTICE, OUTCOMES, AND DISSEMINATION

PROFESSOR CHARLES B. BORUDIN (Director, Missouri Delinquency Project, Department of Psychological Sciences, University of Missouri, U.S.A.)

**Ο** Καθηγητής Borduin παρουσίασε το οικολογικό θεωρητικό υπόβαθρο της πολυσυστημικής θεραπείας. Πρόκειται για παράδειγμα καινοτόμου μοντέλου θεραπευτικής παρέμβασης, με τεκμηριωμένη επιστημονικά αποτελεσματικότητα, η οποία στηρίζεται στη στενή συνεργασία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εκπαίδευσης, κοινωνικής πρόνοιας και του νομικού συστήματος, και της οποίας οι βασικοί στόχοι είναι η μείωση νεανικής παραβατικής δραστηριότητας και η μείωση άλλων μορφών αντικοινωνικής συμπεριφοράς, όπως π.χ. κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, η πραγματοποίηση των οποίων επιτυγχάνεται μέσω χαμηλότερου οικονομικού κόστους, αφού μειώνεται η συχνότητα τοποθέτησης νέων σε δομές-εξωοικογενειακές- αποκατάστασης ή σωφρονιστικού χαρακτήρα.

Το πρόγραμμα παρέμβασης είναι εντατικό (μικρός αριθμός περιστατικών για κάθε εμπλεκόμενο επαγγελματία) και ολιστικό (λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες κινδύνου - σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο - που αυξάνουν την πιθανότητα εκδήλωσης παραβατικής συμπεριφοράς). Ως εκ τούτου, το πρόγραμμα επικεντρώνεται όχι μόνο στον έφηβο παραβάτη αλλά και στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον (σχολείο, γειτονιά, στήριξη στην κοινότητα, συνομήλικοι). Χρησιμοποιεί επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις/ τεχνικές στην αντιμετώπιση του προβλήματος (π.χ. γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, στρατηγική ή δομική οικογενειακή θεραπεία, θεραπεία συμπεριφοράς, κ.ά.). Θεωρεί τους κινδύνους ως κλειδί στην παρέμβαση και επικεντρώνονται στη βελτίωση των σχέσεων μέσα στην οικογένεια και στην ανάπτυξη της ικανότητας των γονέων να αναλάβουν το ρόλο της επίβλεψης/ επιτήρησης και πειθαρχίας του εφήβου. Το πρόγραμμα, επίσης, στοχεύει στην απομάκρυνση του εφήβου από τις υποπολιτισμικές ομάδες και την ένταξή του σε ομάδες «κοινωνικών» συνομηλίκων καθώς και παρέχει εκπαιδευτική και επαγγελματική κατάρτιση με σκοπό την απόκτηση προ-, ή, επαγγελματικών δεξιοτήτων που οδηγούν στην ανάπτυξη της ικανότητας του νεαρού παραβάτη για μελλοντική εργασία και οικονομική αυτάρκεια.

Τέλος ο Καθηγητής Borduin επεσήμανε ότι το πρόγραμμα είναι λιγότερο δαπανηρό από ό,τι η κράτηση των εφήβων παραβατών σε ιδρύματα αγωγής ή σωφρονιστικά καταστήματα ή άλλες δομές αποκατάστασης. Σήμερα, χρησιμοποιείται σε 30 Πολιτείες της Η.Π.Α. (εντάσσονται 14,000 νεαροί παραβάτες κάθε χρόνο), στη Νορβηγία (σε εθνικό επίπεδο) κι η αποτελεσματικότητά του έχει τεκμηριωθεί και σε άλλες χώρες, όπως στην Αυστραλία, στο Καναδά, στη Δανία, στην Ιρλανδία, στην Αγγλία, στη Σουηδία, στην Ολλανδία και στη Νέα Ζηλανδία.

## MENTAL HEALTH SCREENING IN JUVENILE JUSTICE: WHAT WE DO AND DON'T KNOW ABOUT IT

PROFESSOR THOMAS GRISSO (Director of the Law and Psychiatry Program, and Director of Psychology at the University of Massachusetts Medical School, U.S.A.)

**Η** αξιολόγηση των αναγκών ψυχικής υγείας εφήβων που εμπλέκονται στο σύστημα δικαιοσύνης ανήλικων δεν αποτελούσε συνήθη πρακτική μέχρι τα μέσα του 1990, όμως έχει πλέον γίνει ρουτίνα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ολοένα και αυξανόμενο ποσοστό νεαρών παραβατών εμφανίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Η ανάπτυξη έγκυρων, αξιόπιστων και σταθμισμένων εργαλείων για την εκτίμηση των αναγκών στις οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται τα προγράμματα για παραβατικούς νέους έχει παίξει σημαντικό ρόλο στη δυνατότητα ανίχνευσης προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι προσπάθειες πολλών ερευνητών στις Η.Π.Α. που έχουν βοηθήσει τους λειτουργούς της δικαιοσύνης ανήλικων να εφαρμόζουν δομημένα εργαλεία ανίχνευσης προβλημάτων υγείας έχουν αποβεί ωφέλιμες στους εξής τομείς: (α) στην αύξηση της ερευνητικής δραστηριότητας και επομένως επιστημονικής γνώσης σε θέματα αιτιολογικών παραγόντων και ψυχικής υγείας σε ανήλικους παραβάτες, (β) στις καινοτόμες αλλαγές της ποινικής νομοθεσίας ανήλικων, (γ) στις ωφέλιμες αλλαγές στις πρακτικές αντιμετώπισης των νεαρών παραβατών στα διάφορα στάδια και δομές του συστήματος απονομής δικαιοσύνης.

# ΤΥΠΟΣ ΔΕΣΜΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΠΤΩΜΑΤΙΚΗ / ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ειρήνη Τσαρτσάρα Ψυχολόγος Υγείας-Θεραπεύτρια Σχημάτων (MSc, PhD), Επιστημονικός Συνεργάτης Ειδικού Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναικών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

**Π**ληθώρα διαχρονικών προοπτικών μελετών στην αναπτυξιακή, κλινική και εγκληματολογική ψυχολογία συγκλίνουν στο εύρημα ότι οι διαταραχές διαγωγής κατά την παιδική ηλικία αποτελούν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση παραπτωματικής και αντικοινωνικής συμπεριφοράς κατά την εφηβεία ή/και την ενήλικη ζωή (π.χ. Moffitt, 1993, Simons, Simons & Wallace, 2004). Το συγκεκριμένο εύρημα έχει προσανατολίσει τους ειδικούς στον χώρο στη σημασία των πρώιμων εμπειριών και αλληλεπιδράσεων στο σύστημα της οικογένειας, το οποίο εξάλλου αποτελεί και το πρώτο μέσο κοινωνικοποίησης του ατόμου.

Μολονότι το ζήτημα των παραγόντων που προδιαθέτουν για αντικοινωνική συμπεριφορά είναι πολυσύνθετο και η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών, ιδιοσυγκρασιακών και ψυχο-κοινωνικών παραγόντων είναι κοινά αποδεκτή (π.χ. Greenberg, Speltz, & DeKlyen, 1993), το παρόν άρθρο εστιάζει σε έναν από αυτούς τους παράγοντες, την ποιότητα των πρώιμων εμπειριών και τις πιθανές επιπτώσεις αυτών στην εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, το πρίσμα που υιοθετείται αποτελεί η Θεωρία του Δεσμού και οι προβλέψεις που διατυπώνει η Θεωρία για την εξελικτική σημασία των τύπων δεσμού που διαμορφώνονται κατά το πρώτο έτος της ζωής (Bowlby, 1973), λαμβάνοντας πάντοτε υπόψη ότι, όπως και σε κάθε άλλη μορφή ψυχοπαθολογίας, έτσι και στην περίπτωση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς δεν επαρκεί ένας μόνο παράγοντας αλλά η συνδυαστική παρουσία ποικίλων παραγόντων επικινδυνότητας για την εκδήλωσή της.

Μία από τις πρώτες και σημαντικότερες προοπτικές-επαναληπτικές μελέτες η οποία είχε σκοπό να διερευνήσει τους παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς κατέδειξε πως όσο πιο μικρή ήταν η ηλικία έναρξης της παραπτωματικής συμπεριφοράς, τόσο μεγαλύτερη ήταν η επικινδυνότητα για αντικοινωνική συμπεριφορά και εγκληματική δράση στην ενήλικη ζωή (Glueck & Glueck, 1968). Επιπλέον, στην ίδια μελέτη οι Glueck & Glueck βρήκαν ότι τα ποσοστά παραπτωματικής συμπεριφοράς και αναγκαιότητας για επιτήρηση από το σωφρονιστικό σύστημα ήταν σημαντικά αυξημένα κυρίως για αγόρια σχολικής ηλικίας των οποίων οι γονείς έτειναν να τα παραμελούν, να μην θέτουν όρια και κανόνες πειθαρχίας και «να μην έχουν συναισθηματικό δεσμό» με τα παιδιά τους. Μολονότι οι ερευνητές της συγκεκριμένης μελέτης δεν προσδιόρισαν σαφώς την έννοια του «δεσμού» γονέα-παιδιού, τον οποίον φαίνεται πως αξιολόγησαν κυρίως βάσει των αναφερομένων γονεϊκών εκδηλώσεων ζεστασίας και αμοιβαιότητας καθώς και των πρακτικών ελέγχου και επιτήρησης των παιδιών τους, ωστόσο πληθώρα ερευνών από την αναπτυξιακή ψυχολογία επιβεβαιώνει ότι γονείς που είναι απαντητικοί (responsive), ευαίσθητοι και συντονισμένοι με τις ανάγκες των παιδιών τους, όταν παράλληλα θέτουν όρια και κανόνες πειθαρχίας, τείνουν να έχουν παιδιά τα οποία παρουσιάζουν καλύτερες σχολικές επιδόσεις, καλύτερη κοινωνική προσαρμογή και έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν προβλήματα επιθετικότητας, διαταραχές διαγωγής ή παραπτωματική συμπεριφορά (Gray & Steinberg, 1999).

Πραγματικά ο Bowlby (1977, 1988) τόνισε ότι η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τη συναισθηματική διαθεσιμότητα των γονέων κατά την βρεφική ηλικία. Απαραίτητη προϋπόθεση δηλαδή για την ομαλή ψυχο-σωματική ανάπτυξη είναι η από πλευράς των γονέων παροχή ασφάλειας και σταθερότητας για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος αλλά και ανακούφισης και επιβεβαίωσης όταν το βρέφος βιώνει απειλή και φόβο. Έτσι ενώ όλα τα βρέφη γεννιούνται με την προδιάθεση να αναζητούν εγγύτητα και επαφή με το πρόσωπο δεσμού -εγγύτητα που εξυπηρετεί την επιβίωση του είδους-, δεν θα εκδηλώσουν όλα με τον ίδιο τρόπο ή στον ίδιο βαθμό τις χαρακτηριστικές για το είδος συμπεριφορές δεσμού (πχ. βλεμματική αναζήτηση της μητέρας, γράψωμα, κλάμα στον αποχωρισμό και ανακούφιση στην επανένωση με το πρόσωπο δεσμού), αλλά θα παρουσιάσουν διαφοροποιημένες συμπεριφορές και στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματός τους ανάλογα με την διαθεσιμότητα και ανταπόκριση του πρωταρχικού προσώπου δεσμού κάτω από συνθήκες που κινητοποιούν το σύστημα δεσμού, όπως συνθήκες φόβου, αγωνίας, κόπωσης, ασθένειας ή απουσίας του προσώπου δεσμού.

Συνοπτικά υπάρχουν τέσσερις κατηγορίες-τύποι βρεφικού δεσμού, όπως έχει παρατηρηθεί κατά την πειραματική Συνθήκη του Ξένου (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978. Ainsworth & Wittig, 1969): ο ασφαλής δεσμός, ο ανασφαλής δεσμός τύπου αποφυγής, ο ανασφαλής δεσμός τύπου αντίστασης /αμφιθυμίας, και ο δεσμός τύπου αποδιοργάνωσης-αποπροσανατολισμού. Τα ασφαλή βρέφη μπορούν να 'χρησιμοποιήσουν' το πρόσωπο δεσμού ως πηγή ανακούφισης και προστασίας σε στρεσογόνες συνθήκες αλλά και ως ασφαλή βάση για την εξερεύνηση του περιβάλλοντος παρουσία της μητέρας, ενώ χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές αναστάτωσης κατά την απουσία του προσώπου δεσμού και ανακούφισης στην επανασύνδεση μαζί της. Αντιστοίχως, μητέρες οι οποίες ανταποκρίνονται και είναι συντονισμένες στα μηνύματα των βρεφών τους με ευαισθησία και συνέπεια, έχουν βρέφη τα οποία, τις περισσότερες φορές, αναπτύσσουν ασφαλή δεσμό. Αντίθετα βρέφη που παρουσιάζουν ανασφαλής δεσμό τύπου αποφυγής ή τύπου αντίστασης/αμφιθυμίας δεν εκδηλώνουν εμπιστοσύνη στο πρόσωπο δεσμού και είτε είναι επιφυλακτικά μαζί του είτε υπερβολικά προσκολλημένα πάνω του αντιστοίχως, χωρίς ωστόσο και στη δεύτερη περίπτωση να καθισχάζονται από την παρουσία του προσώπου δεσμού, με αποτέλεσμα να μην επιδεικνύουν εμπιστοσύνη ούτε στον εαυτό τους όταν καλούνται να εξερευνήσουν το περιβάλλον. Πιο συγκεκριμένα είτε διαμαρτύρονται ελάχιστα είτε υπερβολικά κατά τον αποχωρισμό και αποφεύγουν την επαφή ή παρουσιάζουν έντονο άγχος και αμφιθυμία στις αλληλεπιδράσεις με το πρόσωπο δεσμού, αντιστοίχως. Οι μητέρες των βρεφών με ανασφαλείς τύπους δεσμού συνήθως εμφανίζονται αντιφατικές στα μηνύματα τους, ενοχλητικές, απορριπτικές ή λιγότερο συντονισμένες στις εκκλήσεις των βρεφών τους (Ainsworth et al., 1978). Τέλος τα βρέφη με αποδιοργανωμένο-αποπροσανατολισμένο δεσμό δεν χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένες στρατηγικές δεσμού ή ρύθμισης του συναισθήματός τους και παρουσιάζουν παράξενες

συμπεριφορές, όπως 'πάγωμα' κατά τον αποχωρισμό από την μητέρα ή στερεοτυπίες. Ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού έχει συσχετιστεί με κάποιο μη διεργασμένο πένθος ή τραύμα της μητέρας και, συχνά, με κακοποιητική ή εκφοβιστική συμπεριφορά των προσώπων δεσμού-γονέων (Βορριά, 2004. Main & Solomon, 1990).

Κατά τον Bowlby (1973, 1977), οι διαφορετικοί τύποι βρεφικού δεσμού που διαμορφώνονται βάσει συγκεκριμένων αλληλεπιδράσεων και ερεθισμάτων-αποκρίσεων στη δυάδα μητέρας-βρέφους, χαρακτηρίζονται όχι μόνο από διαφορετικές συμπεριφορές δεσμού αλλά και από διαφορετικές εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις της δυάδας εαυτός-σημαντικός άλλος. Αυτές οι αναπαραστάσεις αποκαλούνται εσωτερικά μοντέλα εργασίας εαυτού-άλλου και διαμορφώνουν πεποιθήσεις και συναισθήματα για τον εαυτό και για τον σημαντικό άλλο, επομένως ασκώντας επιρροή στην αντίληψη του ατόμου και τις προσδοκίες του για την αξία, σημασία ή/και διαθεσιμότητα τόσο του εαυτού όσο και του σημαντικού άλλου και σε μελλοντικές σημαντικές σχέσεις κατά την διάρκεια της ζωής του. Επομένως τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας θεωρούνται σχετικά σταθερά στη ζωή του ατόμου και υπεύθυνα για τα πρότυπα με τα οποία το άτομο συμπεριφέρεται και συνδιαλέγεται όχι μόνο σε ενήλικες στενές διαπροσωπικές σχέσεις δεσμού αλλά και σε κοινωνικές σχέσεις (Main, Karlan & Cassidy, 1985).

Τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας εφήβων και ενήλικων αξιολογούνται με μια σταθμισμένη συνέντευξη, την Συνέντευξη Ενήλικων για το Δεσμό (George, Karlan & Main, 1996), η οποία αποτελεί το κύριο ερευνητικό εργαλείο που προσφέρει τη δυνατότητα ταξινόμησης των εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων των πρώιμων εμπειριών σε τύπους ενήλικου δεσμού. Η ταξινόμηση σε κατηγορίες δεσμού προκύπτει με βάση τις αναμνήσεις των πρώιμων εμπειριών του ερωτώμενου, τη συνοχή με την οποία τις οργανώνει λεκτικά, και τα συναισθήματα, σκέψεις αλλά και άμυνες οι οποίες συνοδεύουν αυτές τις αναμνήσεις. Έτσι, ο αντίστοιχος προς τον βρεφικό ασφαλή δεσμό τύπος ενήλικα παρουσιάζεται ως αυτόνομος-ασφαλής στην αφήγησή του, χωρίς διαστρεβλώσεις της μνήμης και ασυνέπειες κατά την ανάκληση των πρώιμων εμπειριών του. Αντιθέτως ο απορριπτικός τύπος ενήλικης αναπαραστάσεως δεσμού παρουσιάζει αντιστοιχία με τον βρεφικό ανασφαλή δεσμό τύπου αποφυγής και η αφήγησή του δεν παρουσιάζει συνοχή καθώς διακρίνεται από αμυντικό αποκλεισμό και αδυναμία ανάκλησης κάποιων πρώιμων αλληλεπιδράσεων και συγκεκριμένων αναμνήσεων, ενώ παράλληλα χαρακτηρίζεται από έντονη εξιδανίκευσή ή αντιθέτως υποτίμηση της σημασίας των πρώιμων εμπειριών. Ο ανήσυχος-αυτοαπορροφημένος τύπος ενήλικης αναπαραστάσεως δεσμού αντιστοιχεί στον βρεφικό ανασφαλή δεσμό τύπου αμφιθυμίας/αντίστασης και επίσης παρουσιάζει έλλειψη συνοχής και ενσωμάτωσης των πρώιμων εμπειριών καθώς η αφήγηση για σχετικά επεισόδια από την παιδική ηλικία είναι ασαφής, χαοτική ή/και αόριστη, και χαρακτηρίζεται είτε από έντονο θυμό προς τους γονείς για περιστατικά που αφορούν την παιδική ηλικία αλλά αναβιώνονται σαν να αφορούν το παρόν, ή από παθητικό και ασαφή λόγο που μπορεί να γίνει ακατανόητος ή να ξεφύγει από τον σκοπό της αφήγησης κατά περιόδους. Τέλος ο αποδιοργανωμένος τύπος ενήλικης αναπαραστάσεως δεσμού αντιστοιχεί στον αποδιοργανωμένο βρεφικό δεσμό, και παρουσιάζει έλλειψη συνοχής κυρίως στην αφήγησή πρώιμων τραυματικών εμπειριών, καθώς χαρακτηρίζεται από αμυντικές διαστρεβλώσεις και γνωσιακά λάθη αναφορικά με τη συζήτηση εμπειριών απώλειας ή παιδικής κακοποίησης (π.χ.

κακοποιήθηκα-δεν κακοποιήθηκα). Δεδομένου ότι ο τύπος αποδιοργανωμένου δεσμού αξιολογείται βάσει της παρουσίας και του τρόπου οργάνωσης πρώιμων τραυματικών εμπειριών, πρόκειται για μια επιπρόσθετη κατηγορία που μπορεί να δοθεί σε έναν από τους παραπάνω τρεις οργανωμένους τύπου ενήλικου δεσμού.

Δεκαετίες έρευνας τόσο στον βρεφικό-παιδικό όσο και στον εφηβικό και ενήλικό δεσμό προσανατολίζει σε τρεις σημαντικές ομάδες ευρημάτων: α) κατά πρώτον, χωρίς να αποκλείονται οι διαφοροποιήσεις στην πορεία ανάπτυξης είτε λόγω διορθωτικών μεσολαβητικών σχέσεων, είτε, αντιστρόφως, λόγω μεσολάβησης τραυματικών εμπειριών (π.χ. απώλεια γονέα), υπάρχει μεγάλη σταθερότητα-συνέχεια-συνέπεια μεταξύ του βρεφικού τύπου δεσμού και του ενήλικου τύπου αναπαραστάσεως δεσμού. Δηλαδή βρέφη που είναι ασφαλή τείνουν να παρουσιάζουν αυτόνομο δεσμό και ως έφηβοι και ενήλικες, ενώ βρέφη με ανασφαλείς τύπους δεσμού, τείνουν να λειτουργούν, ως ενήλικες, με ανασφαλείς τύπους αναπαραστάσεως των πρώιμων εμπειριών τους. Δεύτερον, υπάρχει επιβεβαίωση για την υπόθεση της διαγενεολογικής μεταβίβασης των αναπαραστάσεων δεσμού, δηλαδή μητέρες/πατέρες που παρουσιάζουν αυτόνομο τύπο δεσμού στη Συνέντευξη Ενήλικων για το Δεσμό, τείνουν να έχουν βρέφη/παιδιά που παρουσιάζουν ασφαλή δεσμό στη Συνθήκη του Ξένου, ενώ γονείς με ανασφαλείς ή αποδιοργανωμένο τύπο οργάνωσης των αναπαραστάσεων των πρώιμων εμπειριών τους τείνουν να έχουν βρέφη ή παιδιά με αντίστοιχους τύπους δεσμού (Βορριά, 2004. van IJzendoorn, 1995). Τρίτον, ενώ ο ασφαλής δεσμός κατά την βρεφική ή/και την παιδική ηλικία είναι προγνωστικός παράγοντας καλύτερης κοινωνικής προσαρμογής σε κατοπινές εξελικτικές φάσεις, και έχει συσχετιστεί με υψηλότερο αίσθημα αυτό-αποτελεσματικότητας, ενσυναίσθησης και κοινωνικών δεξιοτήτων, ανασφαλείς τύποι δεσμού καθώς και ο αποδιοργανωμένος δεσμός αποτελούν προδιαθεσικό παράγοντα για φτωχές σχέσεις με τους συνομηλίκους, κατάθλιψη, επιθετικότητα, διαταραχές διαγωγής και αντι-κοινωνική συμπεριφορά κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Carlson, Sampson & Sroufe, 2003. Erickson, Sroufe & Egeland, 1985). Παρομοίως ενήλικοι τύποι ανασφαλών αναπαραστάσεων δεσμού καθώς και ο αποδιοργανωμένος δεσμός έχουν συσχετιστεί με διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως κλινική κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και αντι-κοινωνική συμπεριφορά (Βορριά, 2004).

Ιδιαίτερος στον τομέα της προβληματικής συμπεριφοράς και διαταραχών διαγωγής κατά την παιδική ηλικία, οι τύποι ανασφαλούς δεσμού καθώς και ο αποδιοργανωμένος δεσμός εμφανίζονται σε υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τον ασφαλή δεσμό. Σε μία μελέτη όπου αξιολογήθηκε ο δεσμός σε δύο ομάδες παιδιών προσχολικής ηλικίας, παιδιά με διάγνωση διαταραχής εναντιωματικής συμπεριφοράς (oppositional defiant behaviour) και σε ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τα παιδιά της ομάδας ελέγχου όπου τα ποσοστά ανασφαλούς δεσμού έφταναν μόλις το 28%, η συντριπτική πλειοψηφία (84%) των παιδιών με διαταραχή εναντιωματικής συμπεριφοράς παρουσίαζαν ανασφαλή δεσμό είτε τύπου αποφυγής, είτε τύπου αντίστασης/αμφιθυμίας με κυρίαρχη τη συμπεριφορά ελέγχου της μητέρας κατά την επανένωση (Speltz, Greenberg & DeKlyen, 1990). Άλλες μελέτες προτείνουν ότι ο αποδιοργανωμένος δεσμός κατά την βρεφική ηλικία αποτελεί τον κυριότερο προγνωστικό παράγοντα για υψηλότερα ποσοστά επιθετικής συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία αλλά και για υψηλότερη βαθμολογία σε κλίμακες ψυχοπαθολογίας στην ηλικία των 17 ετών (Carlson, 1998).

Αναφορικά με τον τύπο ανασφαλούς δεσμού κατά την εφηβεία, έχει βρεθεί ότι τόσο ο απορριπτικός τύπος οργάνωσης του δεσμού όσο και ο ανήσυχος-αυτοαπορροφημένος αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας για την εκδήλωση διαταραχών διαγωγής, παραπτωματικής συμπεριφοράς ή/και κατάχρησης αλκοόλ (Allen, Moore, Kuperminc & Bell, 1998. Rosenstein & Horowitz, 1996). Ωστόσο οι μελέτες αυτές αφορούν πληθυσμούς εφήβων που ήδη έχουν αναπτύξει κάποια διαταραχή και οι οποίοι είναι είτε ψυχιατρικοί ασθενείς, είτε ανήκουν σε ομάδες εφήβων οι οποίοι παρακολουθούνται από το σωφρονιστικό σύστημα για παραπτωματική συμπεριφορά. Επομένως σε τέτοιες ομάδες δεν εκπλήσσουν τα ευρισκόμενα υψηλότερα ποσοστά κάποιου ανασφαλούς τύπου δεσμού.

Μια επαναληπτική προοπτική μελέτη που αξιολόγησε τον τύπο των αναπαραστάσεων δεσμού κατά την εφηβεία (14 χρόνια) και αργότερα, κατά τη νεαρή ενήλικιση (26 χρόνια), με σκοπό να διερευνήσει την πορεία και τους παράγοντες κινδύνου που εμπλέκονται στην εκδήλωση βαριάς ψυχοπαθολογίας και εμφανών προβλημάτων συμπεριφοράς, σύγκρισε δύο ομάδες εφήβων της ίδιας ηλικίας: εφήβους οι οποίοι είχαν πρόσφατα νοσηλευτεί σε ψυχιατρική κλινική είτε για διαταραχή εναντιωματικής συμπεριφοράς ή για διαταραχή διαγωγής, μείζονος κατάθλιψης ή άλλης συναισθηματικής διαταραχής, και εφήβους Γυμνασίου, οι οποίοι παρακολουθούσαν την αντίστοιχη τάξη με τους εφήβους της ομάδας νοσηλείας, και αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Το πρώτο και σημαντικότερο εύρημα αφορά τον τύπο δεσμού των ενήλικων πια συμμετεχόντων οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί κατά την εφηβεία τους. Πιο συγκεκριμένα, σε αντιπαράθεση με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου οι οποίοι παρουσίαζαν σε ένα μεγάλο ποσοστό αυτόνομο δεσμό (44.7%), μόνο μια μειοψηφία των συμμετεχόντων που είχαν προηγούμενο ιστορικό εφηβικής νοσηλείας παρουσίαζαν αυτόνομο τύπο οργάνωσης δεσμού στην ενήλικη ζωή τους (7.6%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ενήλικων πια με ψυχιατρικό ιστορικό νοσηλείας παρουσίαζαν ανασφαλή οργάνωση δεσμού είτε τύπου ανήσυχου-αυτοαπορροφημένου ενήλικα, είτε τύπου απορριπτικού ενήλικα, με χαρακτηριστική έλλειψη συνοχής στην ανάκληση πρώιμων εμπειριών καθώς και υποτίμησης των γονεϊκών φιγούρων ή των πρώιμων εμπειριών. Ωστόσο, όταν ο αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού λαμβάνονταν υπόψη, τότε αποτελούσε την κυρίαρχη κατηγορία δεσμού για τους ενήλικες με ιστορικό προηγούμενης εφηβικής νοσηλείας, και χαρακτηριστικό τους την αδυναμία ενσωμάτωσης και επίλυσης προηγούμενων τραυματικών γεγονότων. Ωστόσο το σημαντικότερο εύρημα της μελέτης αυτής αφορά την πρόβλεψη της παραπτωματικής και εγκληματικής συμπεριφοράς κατά την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, η ενήλικη εγκληματική συμπεριφορά καθώς και η χρήση ουσιών σχετιζόταν με το αρσενικό φύλο, καθώς και με ανασφαλή οργάνωση των πρώιμων εμπειριών απορριπτικού τύπου (και ιδιαίτερα με υποτίμηση παρά με εξιδανίκευση των πρώιμων εμπειριών) κατά την εφηβεία καθώς και μη επεξεργασμένο τραύμα ή πένθος. Επιπλέον σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των ενήλικων οι οποίοι είχαν εκδηλώσει εγκληματική συμπεριφορά παρουσίαζαν απορριπτικού τύπου αναπαραστάσεις δεσμού παρά ασφαλή δεσμό (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996).

Επομένως τα αποτελέσματα της παρούσας συνοπτικής ανασκόπησης προτείνουν ότι ανασφαλείς τύποι δεσμού καθώς και ο δεσμός αποδιοργάνωσης αποτελούν παράγοντα επικινδυνότητας για την εκδήλωση εχθρικής συμπεριφοράς, επιθετικότητας, διαταραχών διαγωγής στην παιδική ηλικία, παραπτωματικότητας κατά την

εφηβεία, καθώς και για χρήση ουσιών και εγκληματική συμπεριφορά κατά την ενήλικη ζωή. Η εξήγηση της σύνδεσης αυτής μεταξύ ανασφαλών τύπων δεσμού αλλά και του τύπου αποδιοργάνωσης με την αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να αναζητηθεί στις προβλέψεις της θεωρίας τους Δεσμού αναφορικά με την ποιότητα των πρώιμων αλληλεπιδράσεων με τους γονείς και των επιπτώσεων που τόσο πρώιμες πραγματικές εμπειρίες έχουν στα εσωτερικά μοντέλα εργασίας εαυτού-άλλου.

Εξαιτίας του αμυντικού αποκλεισμού επώδυνων αναμνήσεων καθώς και συνεπαγόμενων αξιολογήσεων της ποιότητας των πρώιμων εμπειριών δεσμού, οι ανασφαλείς τύποι οργάνωσης και αναπαραστάσης του δεσμού καθώς κι ο αποδιοργανωμένος τύπος τείνουν να διαμορφώνουν αντιλήψεις και προσδοκίες για συναλλαγές σε στενές διαπροσωπικές σχέσεις ή σε κοινωνικές συνθήκες οι οποίες επιβεβαιώνουν τα πρώιμα εσωτερικά μοντέλα εργασίας εαυτού-άλλου. Κι εφόσον το μοντέλο εαυτού-άλλου στους ανασφαλείς τύπους δεσμού καθώς και στον αποδιοργανωμένο δεσμό βασίζεται συνήθως σε αλληλεπιδράσεις που δεν είναι οι ευνοϊκότερες για την ομαλή ψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου (π.χ. επανειλημμένη γονεϊκή απόρριψη, εγκατάλειψη ή παραμέληση, παραβίαση προσωπικών ορίων, έλλειψη κάλυψης βασικών αναγκών του βρέφους για ασφάλεια και εμπιστοσύνη, κακοποιητική συμπεριφορά), υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αναπαραγωγής τέτοιου είδους αλληλεπιδράσεων, μέσω της εσωτερικεύσής τους, σε κατοπινές σημαντικές σχέσεις. Ειδικότερα, τέτοιου είδους αναπαραστάσεις και οργανώσεις του πρώιμου δεσμού επηρεάζουν τις προσδοκίες του ατόμου για το μέλλον, τα επιτεύγματά του, τις προσμονές του για την ποιότητα και την έκβαση σημαντικών σχέσεων καθώς και τα πρότυπα αλληλεπίδρασης και τις στρατηγικές ρύθμισης του συναισθήματος του σε συνθήκες που κινητοποιούν το σύστημα δεσμού, και επομένως την προσαρμογή του σε νέες συνθήκες.

Για παράδειγμα ένα παιδί που παρουσιάζει δεσμό αποφυγής ή/και αποδιοργάνωσης μπορεί να αναπτύξει εχθρική ή επιθετική συμπεριφορά ως μοτίβο άμυνας απέναντι σε έναν γονέα ο οποίος είναι σταθερά απορριπτικός ή/και κακοποιητικός. Δεδομένου ότι μέσω της διαδικασίας της αποτύπωσης (μάθηση του μοτίβου αλληλεπιδράσεων μεταξύ παιδιού-γονέα) το παιδί αυτό έχει διαμορφώσει πια αντιλήψεις και προσδοκίες για την δική του αξία-σημασία αλλά και για την σημασία του προσώπου δεσμού σε περιόδους ενεργοποίησης τους συστήματος δεσμού, είναι πιθανόν να αναπτύξει εμφανή προβλήματα συμπεριφοράς ή/και αντιδραστική συμπεριφορά ως αποτέλεσμα της εσωτερικεύσης συγκεκριμένων πτυχών της αλληλεπίδρασής του με τον γονέα & χαρακτηριστικών του γονεϊκού μοντέλου, πιθανόν ως εναλλακτικούς τρόπους για να επιτύχει την επιθυμητή εγγύτητα και ανταπόκριση του απορριπτικού, αδιάφορου ή κακοποιητικού γονέα (Greenberg, 1999). Επομένως έστω κι αν ο τρόπος αυτός γίνεται δυσλειτουργικός, το παιδί με ανασφαλή δεσμό ή δεσμό αποδιοργάνωσης κατορθώνει να έλκει το ενδιαφέρον και την προσοχή του προσώπου δεσμού παρουσιάζοντας προβλήματα συμπεριφοράς. Συμπερασματικά, μολονότι άλλες μελέτες εντοπίζουν διαφορετικό τύπο ανασφαλούς δεσμού ενώ άλλες τον δεσμό αποδιοργάνωσης ως προγνωστικό παράγοντα για αντικοινωνική συμπεριφορά, ωστόσο διαφαίνεται ότι πρώιμες αρνητικές εμπειρίες και ο επακόλουθος τύπος ανασφαλούς δεσμού ή δεσμού αποδιοργάνωσης παρουσιάζουν συγκεκριμένες και διαχρονικές συσχετίσεις με αντικοινωνική και παραπτωματική συμπεριφορά. Ωστόσο πρέπει να τονιστεί ότι ο δεσμός δεν καθορίζει ευθέως ένα αρνητικό αποτέλεσμα, αλλά μάλλον φαίνεται πως προδιαθέτει για διαφοροποι-



μένες πορείες δράσης και αντίδρασης ανάλογα με την ποιότητα των πρώιμων εμπειριών με τους γονείς. Το συγκεκριμένο, για κάθε άτομο, αναπτυξιακό αποτέλεσμα φαίνεται πως συνυφαίνεται από πληθώρα παραγόντων και συνεχών αλλαγών κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Δεδομένης της διαγενεολογικής μεταβίβασης των τύπων και αναπαραστάσεων δεσμού, αλλά και του γεγονότος ότι ανασφαλείς ή αποδιοργανωμένοι τύποι δεσμού οι οποίοι προδιαθέτουν για παραπρωματική ή αντικοινωνική συμπεριφορά προκύπτουν από αλληλεπιδράσεις με γονείς οι οποίοι είναι οι ίδιοι τους ανασφαλείς ή αποδιοργανωμένοι ως προς την οργάνωση του δεσμού, ίσως οι καλύτερες παρεμβάσεις για την πρόληψη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς οφείλουν να προσαρτολιστούν προς ομάδες γονέων των οποίων οι δεξιότητες και η ανταπόκρισή τους στα μηνύματα των παιδιών τους είναι μειωμέ-

να. Τέτοιου είδους γονεϊκές παρεμβάσεις μπορεί να διαμορφωθούν και να απευθύνονται ιδιαίτερω προς οικογένειες υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στα μέλη τους. Για παράδειγμα εκείνες με εξαιρετικά χαμηλό οικονομικό εισόδημα ή/και έλλειψη στηρικτικών κοινωνικών δικτύων, ή οικογένειες οι οποίες λόγω διαφορετικότητας (π.χ. μετανάστες) βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό ή τέλος εκείνες των οποίων ένα από τα πρόσωπα δεσμού βρίσκεται υπό την εποπτεία του σωφρονιστικού συστήματος για αντικοινωνική συμπεριφορά. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις μπορεί να έχουν χαρακτήρα είτε κοινωνικοοικονομικής στήριξης είτε, όπου απαιτείται, ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη ή διατήρηση υγιών οικογενειακών και, κατ' επέκταση κοινωνικών δεσμών.

## Βιβλιογραφία

- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year olds in a strange situation. In B. M. Foss (ed.), *Determinants of infant behaviour* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Allen, J. P., Hauser, S. T. & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11 year follow-up study. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Allen, J.P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Βορριά, Π. (2004). Ο δεσμός αποδιοργάνωσης και οι επιπτώσεις του στη μετέπειτα ανάπτυξη. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 88, 111-122.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Volume 2: Separation*. New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: (I) aetiology and psychopathology in the light of Attachment Theory. *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-210.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York, Basic Books.
- Carlson, E. A., Sampson, M. C. & Sroufe LA. (2003). Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(5):364-379
- Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Erickson, M. F., Sroufe, L. A. & Egeland, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high risk sample. In I. Bretherton & I. Waters (Eds.) *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, serial nu. 209).
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (3d ed.).
- Glueck, S. & Glueck, E. (1968). *Delinquents and non-delinquents in perspective: A detailed follow-up of the conduct of delinquents and non-delinquents, as they grow from adolescence into early adulthood*. United States: Harvard University Press.
- Gray, M. R. & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting. *Reassessing a multidimensional construct*. *Journal of Marriage & the Family*, 61, 574-587.
- Greenberg, M. T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 469-496). New York: The Guilford Press.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., & DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5,191-213.
- Bell, S. M. & Ainsworth, M. D. S. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43: 1171-1190
- Simons, R. L., Simons, L. G. & Wallace, L. E. (2004). *Families, delinquency & crime: Linking society's most basic institution to antisocial behavior* (pp. 15-31). Roxbury Publishing Company: LA, California
- Speltz, M. L., Greenberg, M. T., & DeKlyen, M. (1990). Attachment in preschoolers with disruptive behavior: A comparison of clinic-referred and nonproblem children. *Development and Psychopathology*, 2, 31-46.
- Main, M., Kaplan, N., and Cassidy, J. (1985). III. Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50: 211-227.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM, eds. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1990:121-160.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescent-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.
- Rosenstein, D.S. & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.

# Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΝΗΣ: ΑΝΤΑΠΟΔΟΣΗ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ ΣΤΗΝ ΗΘΙΚΗ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ.

Δ. Σερέτης BscHons Psychology, Συνεργάτης Β' Ψυχιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Αττικό»

## Το φιλοσοφικό πρόβλημα της θεσμικής τιμωρίας.

Το χαρακτηριστικό που η κανονιστική σχολή της φιλοσοφίας του 'προσώπου' (Rousseau και Kant), θεωρεί ως το βασικότερο δικαίωμα αλλά και το πλέον ουσιώδες γνώρισμα της έννοιας του 'προσώπου' είναι η αυτονομία.

Η τιμωρία είναι η επιβολή μίας ποινής σε έναν παραβάτη από μια μορφή εξουσίας. Κατά συνέπεια, η θεσμική τιμωρία αποτελεί παραβίαση της αυτονομίας του προσώπου, μέσα από αυτό που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως 'hard treatment' (το πρόστιμο, η φυλάκιση ή η στέρηση της ζωής). Το ουσιαστικότερο από τα φιλοσοφικά προβλήματα που απορρέουν από τον θεσμό της τιμωρίας είναι το ερώτημα: Τι ακριβώς είναι αυτό που νομιμοποιεί τις συνταγμένες αρχές να στερούν από τον άνθρωπο την αυτονομία του;

## Τρεις θεωρίες θεσμικής τιμωρίας

Υπάρχουν τρεις βασικές φιλοσοφικές θεωρίες της τιμωρίας. Η καθεμία δίνει την δική της απάντηση στο ερώτημα του τι νομιμοποιεί την τιμωρία. Η αποτρεπτική και η σωφρονιστική θεωρία κοιτάζουν στο μέλλον. Σκοπός της τιμωρίας είναι, αντίστοιχα, η συνολική μείωση του εγκλήματος και ο σωφρονισμός του δράστη. Η τιμωρία νομιμοποιείται στο βαθμό που μπορεί να πετύχει τα παραπάνω. Η ανταποδοτική θεωρία, αντιθέτως, κοιτάει στο παρελθόν, στο ίδιο το αδίκημα. Η τιμωρία δεν επιβάλλεται για να φέρει θετικά αποτελέσματα στο μέλλον αλλά έχει ως γενικό σκοπό (General Justifying Aim) την απόδοση της δικαιοσύνης. Η δικαιοσύνη αποδίδεται δίνοντας στους παραβάτες αυτό που τους αξίζει. Η τιμωρία νομιμοποιείται επειδή επιβάλλει την δικαιοσύνη. Η πιο γνώστη μορφή της αρχής της ανταπόδοσης είναι ο lex talionis, οφθαλμόν αντί οφθαλμού. Όμως, αποδίδοντας τα όμοια, πως το κράτος δεν εξομοιώνεται με τον δράστη; Που διαφέρει η ανταποδοτική τιμωρία από την ηθικά αμφίβολη έννοια της εκδίκησης;

## Η ανταπόδοση ως ακύρωση του εγκλήματος

Η κυριότερη κριτική στην αρχή της ανταπόδοσης έγκειται στο ότι υπάρχει ένα κενό μεταξύ της αναπόδραστης 'ψυχολογικής ανάγκης' για τιμωρία του δράστη και της 'ηθικής αναγκαιότητας'. Νιώθουμε πως αυτός που εγκληματεί αξίζει τιμωρία, αλλά το αίσθημα αυτό δεν αποτελεί κατ'ανάγκην και επαρκή λόγο για να τιμωρήσουμε.

Η καθεμία από τις διάφορες ανταποδοτικές θεωρίες έχει δώσει την δική της εκδοχή για το πως καλύπτεται το κενό αυτό. Το κοινό σημείο όλων είναι ότι το έγκλημα έχει κατά κάποιο τρόπο προκαλέσει μια ανισορροπία, μια εκκρεμότητα οφειλή ή αλλιώς μια κατάσταση ηθικά προβληματική της οποίας η λύση έρχεται μέσα από την τιμωρία.

Ο πρώτος ίσως θιασώτης της αρχής της ανταπόδοσης, ο Γερμανός ιδεαλιστής φιλόσοφος G.W.F. Hegel (1770–1831) υποστήριζε πως 'η τιμωρία ακυρώνει το αδίκημα'. Ωστόσο, η άποψη αυτή έχει σημαντικά επικριθεί επειδή δεν ευσταθεί ως αυστηρό λογικό επιχείρημα και επομένως δεν μπορεί να νομιμοποιήσει την επιβολή της τιμωρίας. Ο J.L. Mackie γράφει πως η 'τιμωρία είναι δυνατόν να πιάξει τον παραβάτη, αλλά, πέρα από κάθε αμφιβολία, η παρελθούσα παραβατική πράξη, ακριβώς επειδή ανήκει στο παρελθόν, δεν μπορεί να ακυρωθεί'

Πιο πρόσφατα έχουν δοθεί καλύτερα επιχειρήματα για την νομι-

μοποίηση της τιμωρίας ως ανταπόδοσης.

## Η επιστροφή της ανταποδοτικής αρχής.

Το 1969 Ο Ted Honderich έγραφε πως η ιδέα ότι η ανταποδοτική θεωρία της τιμωρίας θα βρει υποστηρικτές είναι μάλλον είναι μάλλον αδιανόητη. Και όμως, σήμερα, τέσσερις δεκαετίες αργότερα, η ανταπόδοση θεωρείται η ορθόδοξη φιλοσοφική θεωρία της τιμωρίας αλλά και αυτή την οποία επικαλούνται τα ποινικά συστήματα πολλών χωρών της Ευρώπης. Κάποιοι ισχυρίζονται πολιτικούς λόγους για την επιστροφή της ανταπόδοσης και την συνδέουν με την ανάδειξη στην εξουσία, κυβερνήσεων υπό την Mrs Thatcher, τον Ronald Reagan και τον Helmut Kohl, που όλοι εκλέχτηκαν το 1979-80 και όλοι προέτασαν την ατομική της κοινωνικής ευθύνης. Άλλοι δείχνουν την αποτυχία του σωφρονισμού (την ευρέως αποδεκτή θεωρία κύρωσης το 60 και 70), ως την ουσιαστική αιτία της επιστροφής της ανταπόδοσης.

Παρά ταύτα, ο σωφρονισμός και η αποτροπή έχουν σημαντικά εννοιολογικά προβλήματα που απορρέουν από την σχέση της θεσμικής τιμωρίας με την φιλοσοφία του 'προσώπου'. Κυρίως, αφαιρούν, κατά μία έννοια, από τον παραβάτη, την ηθική του υπόσταση, ως αυτόνομου όντος υπεύθυνου για τις πράξεις του.

Αντίθετα, οι νέες θεωρίες της ανταπόδοσης έχουν δομηθεί με τρόπο τέτοιο ώστε να σέβονται τους περιορισμούς που έχει επιβάλλει η φιλοσοφία του προσώπου. Ο παραβάτης δεν αντιμετωπίζεται εργαλειακά (ως αντικείμενο προς συμμόρφωση ή ως μέσο για την αναχαίτηση του εγκλήματος) αλλά ως ηθικά ελεύθερο πρόσωπο, ως αυτόνομος, υπεύθυνος πολίτης. Το αδίκημα είναι επιλογική. Και επομένως, ο δράστης, οφείλει να τιμωρηθεί.

Η τιμωρία νομιμοποιείται επειδή εξυπηρετεί την έλευση της δικαιοσύνης αλλά και επειδή αναγνωρίζει στον άνθρωπο την επιλογική-επομένως την αυτονομία του, άρα και την ηθική του υπόσταση.

## Η ανταπόδοση ως ηθική συμφιλίωση.

Τα παραπάνω στοιχεία που διέπουν την έννοια της θεσμικής τιμωρίας και συνεπακόλουθα την νομιμοποιούν, οι θεωρίες της 'νέας ανταπόδοσης' τα συνδέουν με την επίκληση μίας κεντρικής λειτουργίας της τιμωρίας. Της επικοινωνίας στον παραβάτη από το κράτος-μιλώντας εκ μέρους της κοινωνίας- ενός ηθικού μηνύματος. Του μηνύματος πως ο παραβάτης διαπράττοντας το αδίκημα, αθετώντας τους κανόνες της κοινωνίας στην οποία ζει, είναι ηθικά υπόλογος απέναντι στους συνανθρώπους του αλλά και απέναντι στον εαυτό του. Ωστόσο, ο δράστης δεν θεωρείται οριστικά έκθετος της ηθικής κοινότητας. Το κράτος, οφείλει να του υποδείξει, να του θυμίσει το λάθος του, και να του δώσει το δικαίωμα να συμφιλιωθεί με τους άλλους και τον εαυτό του.

Όμως, εδώ μπαίνει το εξής ερώτημα, εάν το κεντρικό χαρακτηριστικό της τιμωρίας είναι η επίκληση στην ηθική τάξη γιατί δεν αρκεί μία συμβολική υπενθύμιση; Που εξυπηρετεί η ποινή με την μορφή στέρησης χρημάτων ή φυσικού περιορισμού (hard treatment); Μία εκδοχή της ανταπόδοσης ως μορφής, αυτή του von Hirsch, αναγνωρίζει πως οι άνθρωποι, ακόμη και εκείνοι, με τις καλύτερες προθέσεις, πολλές φορές είναι ευάλωτοι στο αδίκημα. Η ποινή, τότε, αποτελεί ένα επιπλέον κίνητρο για την συμμόρφωση των αθώων προς τους νόμους. Αλλά ο κύριος ρόλος της τιμωρίας εξακολουθεί να είναι μεταφορά του ηθικού μηνύματος τόσο στους αθώους όσο και στον ένοχο. Υπεισέρχεται εδώ ένα αποτρεπτικό στοιχείο στην τιμωρία. Ο Duff, στην δική του ερμηνεία της ανταπόδοσης, υποστηρίζει πως η ποινή αναγκάζει τον

παραβάτη να στρέψει στην προσοχή του στο αδίκημα, να σκεφτεί τις ηθικές συνέπειες της πράξης και να διεκδικήσει το δικαίωμα του σε αυτό που έχασε, την ηθική συμφιλίωση με τον εαυτό του. Οι απόψεις βέβαια αυτές δεν λύνουν οριστικά το πρόβλημα της νομιμοποίησης της τιμωρίας. Παραμένουν ακόμη, σημαντικά φιλοσοφικά ερωτήματα. Τι δικαιολογεί στο κράτος να αναλαμβάνει

το ρόλο του ηθικού τιμητή; Πρέπει το κράτος στην σημερινές φιλελεύθερες κοινωνίες να ασχολείται με πράγματα προσωπικά όπως οι ηθικές αξίες του κάθε ατόμου; Με ποια κριτήρια πρέπει να αποφασίζεται ποια είναι η σωστή κάθε φορά τιμωρία; Η φιλοσοφία της θεσμικής τιμωρίας προσπαθεί να απαντήσει τέτοιου είδους ερωτήματα, και η απάντησή τους, όπως έχει δείξει η πρόσφατη ιστορία, συχνά δεν έχει μόνον ακαδημαϊκό ενδιαφέρον.

### Βιβλιογραφία

- HILL, THOMAS E., JR (1998). Respect for persons. In E. Craig (Ed.), Routledge Encyclopedia of Philosophy. London: Routledge. Retrieved October 16, 2009, from <http://www.rep.routledge.com/article/L084SECT2>
- Honderich, T. (2005), Punishment: The Supposed Justifications Revisited. London: Pluto Publishing
- Ο ορος ανήκει στον Hart, H.L.A. cited in Duff, Antony, "Legal Punishment", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2008 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL = <<http://plato.stanford.edu/archives/fall2008/entries/legal-punishment>
- Walker, N., 1992. 'Desert: Some Doubts', in von Hirsch and Ashworth 1998, pp.156–60. cited in D.Matravers, Persons and Punishment, The Postgraduate Foundation Module in Philosophy, study guide, 2008 The Open University
- To punish means " to annul the crime which otherwise would have been held valid, and to restore the right". Hegel, G.W.F., 1942 edn. The Philosophy of Right, T.M. Knox, trans., Oxford: Oxford University Press
- Mackie, J.L., 1982. 'Morality and the retributive emotions', cited in D.Matravers, Persons and Punishment, The Postgraduate Foundation Module in Philosophy, 2008 The Open University.
- Matravers, M. 2000. Justice and Punishment: The Rationale of Coercion, Oxford University Press
- Duff, R.A. and Garland, D. (1994) A Reader on Punishment (Oxford Readings in Socio-Legal Studies) Oxford University Press
- Matravers, Matt, 1999. "Andrew von Hirsch, Censure and Sanctions, Oxford, Clarendon Press, 1993, pp. xviii + 111," Utilitas, Cambridge University Press, vol. 11(02), pages 246-251, July. Oxford University Press
- Duff, R.A. (2009) Trials and Punishments, Cambridge University Press

## ΕΙΔΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗΣ

**Η** Ψυχιατροδικαστική είναι στην Ελλάδα, μια διαρκώς και ταχέως αναπτυσσόμενη συνιστώσα του ευρύτερου χώρου της Ψυχιατρικής. Μέσα σε ένα σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, οι δραστηριότητες του κλάδου έχουν πολλαπλασιαστεί και περιλαμβάνουν: α) Ενημερωτικές διαλέξεις και ημερίδες, β) Διαδραστικές παρουσιάσεις, γ) Διεπιστημονικές συναντήσεις, δ) Εξαμηνιαίο περιοδικό ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης γύρω από Ψυχιατροδικαστικά θέματα. Η ανταπόκριση της επιστημονικής κοινότητας έχει υπάρξει ιδιαίτερα θερμή, γεγονός που αποτελεί για τους ανθρώπους που ασχολούνται με τον κλάδο αυτό, ισχυρό κίνητρο και κινητήριο δύναμη για καλύτερες και πολυδιάστατες παρεμβάσεις και δράσεις.

Μέσα στα πλαίσια αυτά, η θέσπιση και οργάνωση ενός σταθερού κλινικού πλαισίου αναφοράς για τους ψυχιατρικούς παραβάτες και εγκληματίες, ήταν μια επιβεβλημένη κίνηση. Η ίδρυση και λειτουργία, λοιπόν, του Ειδικού Ιατρείου Ψυχιατροδικαστικής έρχεται να προστεθεί στην συνολική προσπάθεια των επιστημόνων του Ψυχιατροδικαστικού κλάδου, για καλύτερη κατανόηση, στήριξη

και εμπειρία των ψυχιατροδικαστικών ασθενών.

Το Ειδικό Ιατρείο Ψυχιατροδικαστικής είναι οργανικό κομμάτι της Β' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., με διευθυντή τον Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Λύκουρα Ελευθέριο, και λειτουργεί στους χώρους του Νοσοκομείου «Αττικόν», κάθε Παρασκευή μεταξύ 13.00 και 15.00. Επιστημονικός υπεύθυνος του Ιατρείου είναι ο Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατροδικαστικής κ. Δουζένης Αθανάσιος. Ραντεβού μπορεί να κλείσει κάποιος στην Γραμματεία της κλινικής στο τηλέφωνο 2105832426, ενώ μπορεί να έρθει σε επαφή με το Ιατρείο και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στην διεύθυνση: [gtzefarak@med.uoa.gr](mailto:gtzefarak@med.uoa.gr) (κ. Τζεφεράκος Γεώργιος-ψυχίατρος).

Με τη ίδρυση αυτού του Ειδικού Ιατρείου, που έρχεται να καλύψει ένα μεγάλο κενό στην Ελλάδα, προσβλέπουμε στην παροχή ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου, για έναν ιδιαίτερο κλινικό πληθυσμό, και σ' αυτήν μας την προσπάθεια, κάθε είδους αρωγή είναι ευπρόσδεκτη.

# Η Γονιδιακή πολυμορφία... ... απαιτεί ποικιλία θεραπευτικών επιλογών



SAVE *the* BRAIN

**zolo**trin®  
Sertraline 50mg & 100mg

20mg/tab & 40mg/tab bt x 28  
**Seror**®  
Citalopram

300mg & 400mg/CAP btx50  
**Pent**in®  
Gabapentin

**Rispe**far®  
Risperidone 1,2,3,4,6 & 8 mg/TAB

**Parosat**®  
Paroxetine 20mg/tab bt x 30

**Que**pin®  
Quetiapine

**Topi**ref®  
Topiramate

 

**SPECIFAR ABEE**

28ns Οκτωβρίου 1, 123 51 Αγ. Βαρβάρα, Αθήνα

Tηλ.: 210 54 01 500, Fax: 210 54 01 600

email: [info@specifar.gr](mailto:info@specifar.gr) - [www.specifar.gr](http://www.specifar.gr)