



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΣΤΕΙΡΩΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ"

υπό

ΕΛΕΝΗΣ-ΕΙΡΗΝΗΣ ΔΗΜΟΥ

Ψυχολόγου

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2022

Επιβλέπων: Ευθύμιος Δαρδιώτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίο Θεσσαλίας

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. Ευθύμιος Δαρδιώτης, *Αναπληρωτής Καθηγητής Νευρολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίο Θεσσαλίας (Επιβλέπων)*
2. Ιωάννα Παπαθανασίου, *Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής – Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίο Θεσσαλίας*
3. Νικόλαος Χριστοδούλου, *Αν. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίο Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά: Sterilization of the mentally ill.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η αντιμετώπιση των σοβαρών ψυχιατρικών ασθενειών	
1.1 Οι σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες.....	7
1.2 Στιγματισμός των ψυχικά ασθενών.....	8
1.3 Ιστορική αναδρομή στην ακούσια στέρωση.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η στέρωση και η αντισύλληψη	
2.1 Στέρωση.....	18
2.1.2 Ο σκοπός της στέρωσης.....	18
2.1.3 Η διαδικασία της στέρωσης.....	18
2.1.4 Τα αποτελέσματα και οι επιπλοκές της στέρωσης.....	19
2.2 Αντισύλληψη.....	21
2.2.1 Ο σκοπός της αντισύλληψης.....	21
2.2.2 Οι μέθοδοι αντισύλληψης.....	21
2.2.3 Τα αποτελέσματα και οι επιπλοκές της αντισύλληψης.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Θέματα δεοντολογίας και βιοηθικής	
3.1 Αρχές δεοντολογίας του ψυχολόγου.....	23
3.2 Οι ευθύνες του ψυχολόγου προς τους ασθενείς.....	24
3.3 Τι συμβαίνει όταν ο ασθενής δεν έχει ικανότητα βούλησης.....	25
3.3.1 Ανικανότητα συναίνεσης σε επείγοντα περιστατικά.....	26
3.3.2 Οι προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής σχετικά με την αδυναμία συναίνεσης.....	27
3.4 Ανικανότητα συναίνεσης και προγενέστερες επιθυμίες.....	27
3.4.1 Ανικανότητα συναίνεσης σε περιπτώσεις που δεν προβλέπεται η επαναφορά του ασθενούς...27	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Αναπαραγωγικά δικαιώματα και νομικά διλήμματα	
4.1 Η ηθική και νομική διάσταση της υποχρεωτικής στέρωσης των ψυχικά πασχόντων.....	28
4.2 Συνέπειες των μεθόδων αντισύλληψης και στέρωσης στους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες.....	29
4.3 Δικαιώματα παιδιών που συμβιώνουν με σοβαρά ψυχικά πάσχοντες γονείς.....	29
4.4 Δράσεις για την προστασία παιδιών που συμβιώνουν με σοβαρά ψυχικά πάσχοντες γονείς.....	30
4.5 Η αντιμετώπιση των ζητημάτων της ικανότητας και του αναπαραγωγικού δικαιώματος των ψυχικά πασχόντων.....	31
4.5.1 Από τους ιατρούς και τους ερευνητές.....	31
4.5.2 Από τους ψυχολόγους και τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.....	31
4.5.3 Από τους ασθενείς.....	32
4.5.4 Από τους συγγενείς των ασθενών.....	32
Συμπεράσματα.....	33

Βιβλιογραφία.....34

Περίληψη

Οι ψυχικές ασθένειες εκδηλώνονται σε όλους τους πολιτισμούς και όλα τα κοινωνικά στρώματα εδώ και πολλά χρόνια. Ιστορικά, τα άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν στιγματιστεί από την υπόλοιπη κοινωνία, ιδιαίτερα δε σε περιόδους που επικρατούσαν οι αξίες της ευγονικής. Σαν αποτέλεσμα, πολλοί τέτοιοι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με αμφιλεγόμενους τρόπους, όπως τον αποκλεισμό από την εργασία και την κοινότητα, την ιδρυματοποίηση σε ακραίες συνθήκες και την υποβάθμιση των δικαιωμάτων τους. Στην σημερινή εποχή, οι ψυχικές ασθένειες έχουν σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην ικανότητα όσο και στο δικαίωμα της αναπαραγωγής, καθώς και στην ανατροφή των παιδιών που γεννιούνται από γονείς με σοβαρές ψυχικές νόσους. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει τα ηθικά διλήμματα της μεταχείρισης αυτής της ευαίσθητης ομάδας πληθυσμού και της υποχρεωτικής στέρωσης και αντισύλληψης, προσπαθώντας να αποδώσει τα πιθανά προβλήματα και οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους.

Λέξεις - Κλειδιά: *ψυχικές ασθένειες, δικαίωμα αναπαραγωγής, υποχρεωτική στέρωση, αντισύλληψη*

Abstract

Mental illness has been present in all cultures and all walks of life for many years. Historically, people with mental illness have been stigmatized by the rest of society, especially in times when the values of eugenics prevailed. As a result, many such people have been treated in controversial ways, such as exclusion from work and community, institutionalization in extreme conditions, and degradation of their rights. Nowadays, mental illness has a significant impact on both the ability and the right to reproduce, as well as the upbringing of children born to parents with severe mental illness. Through the review of the literature, the present work examines the ethical dilemmas of treating this vulnerable population and compulsory sterilization and contraception, trying to attribute the potential problems and benefits to all involved.

Key words: *mental illness, the right of reproduction, compulsory sterilization, contraception*

Εισαγωγή

Η ακούσια στείρωση είναι η αναγκαστική αφαίρεση της ικανότητας αναπαραγωγής ενός ατόμου, συχνά μέσω χειρουργικής διαδικασίας. Η αναγκαστική στείρωση αποτελεί παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και μπορεί να συνιστά πράξη γενοκτονίας, βίας βάσει φύλου, διακρίσεων και βασανιστηρίων. Στην περίπτωση των ψυχικά ασθενών όμως, και παρά τις εξελίξεις στον τρόπο με τον οποίο τα ανεπτυγμένα κράτη τους αντιμετωπίζουν, υπάρχουν βιοηθικά και νομικά διλήμματα για το ζήτημα του γενετικού ελέγχου. Παρότι η ευγονική έχει κάπως ξεπεραστεί, οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες μπορούν να καταστήσουν τα άτομα ακατάλληλα για την ανατροφή παιδιών, γεγονός που όμως δεν αναιρεί την αρχή της αυτοδιάθεσης. Λαμβάνοντας υπόψη άλλοτε το συμφέρον των παιδιών και άλλοτε των ασθενών, η Πολιτεία έχει προβεί σε διάφορες ενέργειες, όπως την δημιουργία ξενώνων για παιδιά με γονείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες, την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού και την ανάπτυξη ενός νομοθετικού πλαισίου για την ρύθμιση των δικαιωμάτων των ασθενών και των υποχρεώσεων των γιατρών. Η Ελλάδα είναι από τις χώρες που ποτέ δεν επέβαλαν τους ψυχικά ασθενείς σε διαδικασίες υποχρεωτικής αντισύλληψης και στείρωσης, όμως οι πιθανότητες για ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, εμβρυοκτονίες, μη ικανοποιητικής διαβίωσης των παιδιών και οικονομικών επιπτώσεων για την μέριμνα τους, σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα της στείρωσης, αφήνουν κάποιο περιθώριο διαλόγου. Έτσι, οι ψυχολόγοι, οι ιατροί, καθώς και οι αρμόδιοι φορείς της Πολιτείας οφείλουν να συνεργάζονται με γνώμονα τον σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά και την προστασία όλων των εμπλεκόμενων, αναγνωρίζοντας παράλληλα τις ιδιαιτερότητες τέτοιων ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η αντιμετώπιση των σοβαρών ψυχιατρικών ασθενειών

1.1 Οι σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες

Οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα μικρό υποσύνολο των 300 ψυχικών νόσων που αναγνωρίζονται από το DSM-5 (The **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)**), is the 2013 update to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the taxonomic and diagnostic tool published by the American Psychiatric Association (APA). Η μετάβαση από μια κατάσταση φυσιολογικής ψυχικής υγείας σε ένα πρώιμο στάδιο ψυχικής ασθένειας παραμένει ασαφής. Ωστόσο, διακρίνονται πιο εύκολα τα ψυχικά υγιή άτομα από τους ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Τρεις ξεχωριστές προσπάθειες για τον προσδιορισμό της σοβαρής ψυχικής ασθένειας έχουν καταλήξει σε παρόμοια συμπεράσματα και αναφέρουν παρόμοιο αριθμό ατόμων που πάσχουν από αυτές.

CMHS: Το Center for Mental Health Services (CMHS) έπρεπε να ορίσει τις σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες από την αρχή της σύστασης του, προκειμένου να διανείμει επιδοτήσεις ψυχικής υγείας σε πολιτείες, ανάλογα με το ποσοστό των σοβαρών ψυχιατρικών νόσων σε κάθε πολιτεία. Ορίζουν τις σοβαρές ψυχιατρικές νόσους ως «..ψυχικές ασθένειες, οι οποίες κατά το [DSM-5] οδηγούν σε λειτουργική βλάβη, καθώς παρεμβαίνουν ουσιαστικά ή περιορίζουν μία ή περισσότερες σημαντικές δραστηριότητες στη ζωή» (CMHS, 1999).

Για να υπολογίσει πόσοι ενήλικες με ψυχιατρική νόσο είχαν σοβαρή ψυχική ασθένεια, το CMHS όρισε την «λειτουργική βλάβη». Ακολούθως, το CMHS σημείωσε ότι «το 90% [εκείνων που πληρούν τα κριτήρια για σοβαρή ψυχική ασθένεια] είτε έχουν σοβαρή διαταραχή, όπως σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, είτε διαταραχή και εργασιακή δυσλειτουργία, είτε διαταραχή και αναφορά ότι είναι αυτοκτονικοί».

Σε κάθε περίπτωση, οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες περιλαμβάνουν «διαταραχές του φάσματος της σχιζοφρένειας», «σοβαρή διπολική διαταραχή» και «σοβαρή μείζονα κατάθλιψη», όπως ορίζεται ειδικά και στενά στο DSM-5. Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος αυτών που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια. Ωστόσο, σε περίπτωση που άλλες ψυχικές ασθένειες προκαλούν σημαντική λειτουργική βλάβη και περιορίζουν ουσιαστικά τις σημαντικές δραστηριότητες της ζωής, θεωρούνται επίσης ως σοβαρές ψυχικές ασθένειες.

NIMH: Σύμφωνα με το National Institute of Mental Health (NIMH), οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες είναι σχετικά σπάνιες, επηρεάζοντας μόνο το 5% του πληθυσμού άνω των 18 ετών. Σε αυτές περιλαμβάνεται η σχιζοφρένεια, το υποσύνολο της μείζονος κατάθλιψης που ονομάζεται «σοβαρή,

μείζονα κατάθλιψη», το υποσύνολο της διπολικής διαταραχής που ταξινομείται ως «σοβαρή» και μερικές άλλες διαταραχές.

- Σχιζοφρένεια (το NIMH ορίζει όλες τις μορφές σχιζοφρένειας ως «σοβαρές»): 1,1% του πληθυσμού.
- Το υποσύνολο της διπολικής διαταραχής που ταξινομείται ως «σοβαρή»: 2,2% του πληθυσμού.
- Το υποσύνολο της μείζονος κατάθλιψης που ονομάζεται «σοβαρή, μείζονα κατάθλιψη»: 2,0% του πληθυσμού.

Επομένως, υπολογίζεται ότι το 5,3% του ενήλικου πληθυσμού που έχει διαγνωστεί με ψυχιατρική νόσο πάσχει από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια, χωρίς να υπολογίζεται αλληλοεπικάλυψη. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), το ποσοστό τους είναι περίπου 4%.

National Advisory Mental Health Council (NAMHC) : Μια ξεχωριστή σημαντική προσπάθεια για τον προσδιορισμό της σοβαρής ψυχικής ασθένειας και τον υπολογισμό της επικράτησής της πραγματοποιήθηκε το 1993, όπου η Επιτροπή SCA (Senate Committee on Appropriations) ζήτησε από τον Εθνικό NAMHC (National Advisory Mental Health Council) να υπολογίσει το κόστος παροχής ασφαλιστικής κάλυψης για άτομα με «σοβαρή ψυχική ασθένεια», σε αντιστοιχία με την κάλυψη άλλων ασθενειών. Δήλωσε ότι «η σοβαρή ψυχική ασθένεια ορίζεται μέσω της διάγνωσης, της αναπηρίας και της διάρκειας και περιλαμβάνει διαταραχές με ψυχωτικά συμπτώματα όπως σχιζοφρένεια, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μανιακή καταθλιπτική διαταραχή, αυτισμό, καθώς και σοβαρές μορφές άλλων διαταραχών όπως μείζονα κατάθλιψη, διαταραχή πανικού και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα με το CMHS. Χρησιμοποιώντας αυτόν τον ορισμό, διαπιστώθηκε ότι το 3% των ενηλίκων έχουν σοβαρή ψυχική ασθένεια, μια εκτίμηση παρόμοια με τα ευρήματα του CMHS και το NIMH.

1.2 Στιγματισμός των ψυχικά ασθενών

Σύμφωνα με τους Link και Plan (2001), το βιβλίο του Erving Goffman *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963) ανέδειξε τις αιτίες και τις συνέπειες του στιγματισμού. Μεταξύ των πολλών τρεχόντων ορισμών του στίγματος, μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι το στίγμα καθιερώνεται όταν το αποτέλεσμα της υποβάθμισης, των ετικετών, της απώλειας της κοινωνικής τάξης

και του διαχωρισμού συμβαίνουν ταυτόχρονα, συντελώντας στην ίδια κατάσταση (Link & Phelan, 2001).

Το στίγμα προέρχεται από διάφορες πηγές -προσωπικές, κοινωνικές ή οικογενειακές- που λειτουργούν συνεργικά και μπορούν να προκαλέσουν πολλές επιπλοκές καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής (Shrivastava et al., 2012). Μελέτες έχουν δείξει ότι το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί να προέρχεται από έλλειψη κατανόησης ή πληροφόρησης, καθώς και από τη βαρύτητα που αποδίδεται στην ίδια την ασθένεια, όπως περιέργη συμπεριφορά ή υπερδιέγερση (Shrivastava et al., 2012; Arboleda-Florez).

Αναμφισβήτητα, η υπερδιέγερση χωρίς ή με επιθετική συμπεριφορά είναι συχνή σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης της ψυχιατρικής. Ωστόσο, σε αυτήν την περίπτωση, η επιθετικότητα ή η βία πρέπει να θεωρηθεί ως επιπλοκή της ψυχικής ασθένειας. Όπως υποστηρίζει ο Farris (2019), υπάρχει μια υποκειμενική και πολιτιστική σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και βίας, και αυτή η αντίληψη έχει επιπτώσεις στους ασθενείς, με συνέπεια την αυξημένη αίσθηση απομόνωσης που ακολουθεί τις διακρίσεις εις βάρος τους (Faris et al., 2019).

Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 61% των ενηλίκων υποστήριζε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια ήταν κάπως πιθανό να είναι βίαιο απέναντι σε άλλους (Rueve & Welton, 2008). Από την άλλη πλευρά, μια μελέτη του 2009 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ψυχική ασθένεια από μόνη της δεν προβλέπει βίαιη συμπεριφορά (Elbogen & Johnson, 2009). Παρόλο που οι αναλύσεις έδειξαν ότι η επιθετική διέγερση συμβαίνει σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, η εμφάνισή της είναι επικίνδυνη μόνο σε άτομα που ταυτόχρονα κάνουν κατάχρηση ουσιών ή / και έχουν εξάρτηση σε αυτές. Επομένως, αν και μια μειονότητα ασθενών έχει προβλήματα εθισμού, η γενίκευση της πιθανότητας για επιθετικότητα σε οποιαδήποτε διάγνωση θα ήταν εσφαλμένη.

Η ψυχοκινητική διέγερση μπορεί να σχετίζεται με επιθετικότητα. Παρόλο που συμβαίνει σε ένα μικρό ποσοστό ατόμων με ψυχικές διαταραχές, οι ψυχιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης μπορούν να προκαλέσουν αναταραχή ενώ ταυτόχρονα θέτουν σε κίνδυνο την αυτονομία του ασθενούς. Η διέγερση και η παράξενη συμπεριφορά είναι στερεότυπα που δημιουργούνται για άτομα με ψυχική ασθένεια, και αυτά εντείνονται όταν ένας ασθενής παθαίνει κρίση.

Όσο για τους κινδύνους και τους αιτιώδεις παράγοντες που σχετίζονται με κοινωνικά και συναφή ζητήματα επιθετικότητας, η ελάχιστη βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι ψυχικά ασθενείς είναι συχνότερα θύματα βίας παρά δράστες (Henderson et al., 2014). Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες πρέπει να προστατεύονται και στο πλαίσιο των ψυχιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, ο τρόπος χειρισμού τους θεωρείται κρίσιμης σημασίας.

Επιπρόσθετα, το αίσθημα ντροπής σχετίζεται άμεσα με τον στιγματισμό. Μπορεί να μεσολαβήσουν μεγάλα χρονικά διαστήματα προτού οι ασθενείς αναζητήσουν θεραπεία, αποκρύπτοντας ταυτόχρονα τα συμπτώματά τους. Συχνά, όταν αυτά καταστούν εμφανή, η οικογένεια κρύβει τους ασθενείς στο σπίτι ή καταφεύγει σε μακρινές κλινικές. Αυτή η αντίδραση είναι παρόμοια με εκείνη ορισμένων οικογενειών που προσπαθούν να αποσιωπήσουν μια αυτοκτονία ενός μέλους της ή ενός συγγενούς. Η απόκρυψη των συμπτωμάτων μπορεί να εμποδίσει την αναζήτηση θεραπείας και να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης. Υπηρεσίες άμεσης επέμβασης, όπως κλινικές εξωτερικών ασθενών, κοινοτικές υπηρεσίες, ακόμη και μονάδες έκτακτης ανάγκης μπορούν να εκθέσουν τους ασθενείς, υποδηλώνοντας την παρουσία μιας ασθένειας (Karam et al., 2019),

Οι γονείς ασθενών με ψυχικές ασθένειες φέρουν μεγαλύτερη αίσθηση στίγματος, που εκφράζεται κυρίως με αμηχανία και ντροπή. Είναι αξιοσημείωτο ότι, η ντροπή στην οικογένεια με άτομα που πάσχουν από ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι μεγαλύτερη από εκείνη των οικογενειών με άτομα που υποφέρουν από καρκίνο (Song et al., 2018).

Μια μελέτη αναφέρει ότι ο πραγματικός επιπολασμός των σοβαρών ψυχιατρικών νόσων μπορεί να είναι υψηλότερος από αυτόν που παρατηρήθηκε και, ως εκ τούτου, οι ασθενείς χρειάζονται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αναζητήσουν φροντίδα λόγω του φόβου του στίγματος και του υψηλού κόστους της ψυχιατρικής θεραπείας (Faris et al., 2019). Μια άλλη πρόσφατη μελέτη διερεύνησε παρακινητικούς παράγοντες για την αναζήτηση θεραπείας στο Λίβανο και διαπίστωσε ότι σχετικά λίγοι ψυχικά ασθενείς (19,3%) αναζητούν θεραπεία. Από την άλλη, το υψηλότερο εισόδημα, το γυναικείο φύλο και η τριτοβάθμια εκπαίδευση εντοπίστηκαν ως θετικοί προγνωστικοί παράγοντες για την αναζήτηση θεραπείας και την αναγνώριση της σημασίας και του αντίκτυπου της ψυχικής ασθένειας (Karam et al., 2019), ειδικά σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Ωστόσο, ενώ υπάρχουν τμήματα του πληθυσμού που γνωρίζουν για τις ψυχικές ασθένειες, ένα ποσοστό αγνοεί κάποιες διαγνώσεις, τις αιτίες τους και τον αντίκτυπό τους. Για παράδειγμα, μια μελέτη στην Κίνα έδειξε ότι το 60% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι οι εξωτερικοί στρεσογόνοι παράγοντες προέρχονται από ψυχική ασθένεια και μόνο το 31,7% γνώριζε τη Διεθνή Ημέρα Πρόληψης Αυτοκτονιών (Li et al., 2018). Τα στοιχεία φανερώνουν ότι παράγοντες που επηρεάζουν την αποφυγή ή την αναβολή της θεραπείας αφορούν άγνοια, σχετικά με τις πτυχές και τα είδη της ψυχικής ασθένειας (Henderson et al., 2013).

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων προσπαθούν να μάθουν για την ψυχική ασθένεια από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, συμπεριλαμβανομένων ταινιών και κοινωνικών δικτύων. Η συγκεκριμένη πληροφόρηση διαμορφώνει τον τρόπο σκέψης τους τόσο για τις ψυχικές ασθένειες γενικά, όσο και για τις ατομικές διαταραχές. Δυστυχώς, η απεικόνιση των ψυχικών ασθενειών από τα μέσα ενημέρωσης θεωρείται σε

μεγάλο βαθμό εσφαλμένη και / ή ανακριβής, γεγονός που καθιστά το κοινωνικό στίγμα ιδιαίτερα προβληματικό. Δεδομένου ότι τα ψυχωτικά επεισόδια, οι αυτοκτονίες και οι επιβαρυντικές καταστάσεις μπορούν να παρουσιαστούν με λανθασμένους ή ακόμη και κωμικούς τρόπους, η σοβαρότητα των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης που περιλαμβάνουν ψυχικές ασθένειες μπορεί να μην επιστήσει την δέουσα προσοχή του κοινού .

Η έλλειψη κατάλληλων πληροφοριών από μέλη της οικογένειας, ενδέχεται να δυσκολέψει και τους ίδιους τους ασθενείς να αναγνωρίσουν την επιδείνωση της κατάστασής τους. Στην περίπτωση που αυτό καταστεί δυνατό, μπορεί να έχουν δυσκολία να αποφασίσουν πού να αναζητήσουν βοήθεια. Για παράδειγμα, η απροθυμία εμπλοκής των αυτοκτονικών ατόμων βασίζεται συχνά σε φόβο επιδείνωσης της κατάστασής τους και σε περαιτέρω τόνωση της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ωστόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι αυτός ο φόβος είναι αβάσιμος ενώ οι συζητήσεις για την αντιμετώπισή τους μπορούν ακόμη και να μειώσουν τα συμπτώματα (Oexle & Rusch, 2018). Η αναγνώριση ότι η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σοβαρή και ότι η αναζήτηση θεραπείας απαιτεί συχνά βοήθεια, διευκολύνει τα μέλη της οικογένειας και άλλους φροντιστές να φέρουν ασθενείς για επείγουσα θεραπεία πριν καταλήξουν σε επιτυχημένη απόπειρα.

Ωστόσο, οι αρνητικές στάσεις εξακολουθούν να υφίστανται. Οι διαστρεβλωμένες ιδέες για την ψυχική ασθένεια συμβάλλουν στη διαίωνιση αρνητικών και ανακριβών εικόνων. Από τη δημόσια έρευνα προέκυψε ότι οι διατροφικές διαταραχές, το αλκοόλ και η κατάχρηση ναρκωτικών συχνά θεωρείται ότι προκαλούνται και διατηρούνται από τον ασθενή (Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, 2016; Haddad & Haddad, 2015). Η πεποίθηση ότι η κατάχρηση ουσιών οφείλεται στις επιλογές και τις συμπεριφορές κάποιου μπορεί να επηρεάσει την αξία και την επάρκεια των δημόσιων υπηρεσιών και θεραπειών για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά (Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, 2016). Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές, καθώς και τα άτομα με άγχος και κατάθλιψη, θεωρούνται συχνά ως άνθρωποι που έχουν επιλέξει λανθασμένα και πρέπει να αλλάξουν τις συνήθειες τους και να «ηρεμήσουν». Αυτές οι διαταραχές σπάνια νοούνται ως ασθένειες, όπως ο καρκίνος ή οι καρδιακές παθήσεις (Haddad & Haddad, 2015). Οι καταστάσεις, όπως η σοβαρή εξάρτηση, το σύνδρομο στέρησης, το παραλήρημα και η επαγόμενη ψύχωση μπορεί να μην αντιμετωπιστούν σωστά λόγω της ύπαρξης στίγματος. Επιπλέον, η αντίληψη ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς αντιμετωπίζονται αρνητικά μπορεί να οδηγήσει αυτούς ή ακόμη και τα μέλη της οικογένειας στο να αποφύγουν την αναζήτηση θεραπείας.

Μεταξύ άλλων εσφαλμένων απόψεων, υπάρχει η ιδέα ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν είναι συνήθη, ότι τα άτομα που επηρεάζονται είναι απίθανο να ανακάμψουν και ότι η θεραπεία δεν οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα (Haddad & Haddad, 2015). Η πεποίθηση ότι η θεραπεία ψυχικών ασθενειών

είναι αναποτελεσματική καθώς και αρκετές φορές επικίνδυνη, μπορεί να οδηγήσει τους ανθρώπους να αγνοήσουν καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και να μην αναζητήσουν βοήθεια.

Ένα άλλο αποτέλεσμα του στίγματος είναι η κοινωνική αποστασιοποίηση των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Η κοινωνική αποστασιοποίηση των ψυχικά πασχόντων ατόμων παρατηρείται σε ποικίλες περιπτώσεις (στην εργασία, μεταξύ των γειτόνων και στις συζυγικές σχέσεις) (Zolezzi et al., 2018). Η απόσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε δυσκολίες στην αναγνώριση μιας επιδείνωσης, καθώς και στην παροχή υποστήριξης, ειδικά για ασθενείς που δεν μπορούν να κατανοήσουν τη δική τους κατάσταση λόγω της διαταραχής. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να είναι ακόμη πιο σοβαρό όταν η κοινωνική αποστασιοποίηση παρατηρείται εντός της ίδιας της οικογένειας.

Τέλος, οι διαρθρωτικές διακρίσεις μπορεί να είναι έτι σοβαρότερες. Για παράδειγμα, η δημιουργία χώρων θεραπείας για ψυχικές ασθένειες σε απομακρυσμένες περιοχές, πολλές από τις οποίες δεν είναι προσβάσιμες, μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση ότι το πρόβλημα δεν βρίσκεται στην περιοχή των ατόμων. Μια άλλη συνέπεια της απόστασης είναι η αποδοχή της ιδέας ότι οι ψυχικά ασθενείς ζουν σε φτωχά μέρη της πόλης, με μεγάλη εγκληματικότητα και επικινδυνότητα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον ψευδείς πεποιθήσεις και αρνητικές αντιδράσεις (Link & Phelan, 2001). Κατά συνέπεια, τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι πολύ πιο πιθανό να υποστούν θυματοποίηση εξαιτίας της προκατάληψης για τις συνθήκες ζωής τους.

Όσον αφορά την αγωγή μετά την διάγνωση, οι ψυχικά ασθενείς μπορούν να ακολουθήσουν θεραπεία για ψυχικές ασθένειες, είτε σε εξωτερικά ιατρεία, σε νοσοκομεία ή σε μονάδες εντατικής φροντίδας, συχνά με αίσθημα φόβου, λανθασμένες πεποιθήσεις, ακόμη και αρνητικές αναμνήσεις από προηγούμενη εμπειρία. Παρά το γεγονός ότι λαμβάνουν τακτικά τα φάρμακά τους, το 25-50% των ασθενών δεν αναφέρουν ευεργετικές αλλαγές (Martinez-Hernaez et al., 2020; Verbeke et al., 2019) ή αισθάνονται ότι η θεραπεία είναι καταναγκαστική ή επιβαλλόμενη (Martinez-Hernaez et al., 2020; Verbeke et al., 2019; Tiihonen et al., 2017), γεγονός που τους οδηγεί συχνά στο να διακόψουν τη φαρμακευτική αγωγή τους στο 40-70% των περιπτώσεων (Verbeke et al., 2019; Tiihonen et al., 2017).

Σε περίπτωση που οι ασθενείς παραπέμπονται για επείγουσα θεραπεία, αυτή ενδέχεται να είναι εθελοντική ή ακούσια. Η πρώτη προσέγγιση περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση και τη λεκτική πειθώ, αλλά όταν κινδυνεύει η ζωή, είτε των ασθενών είτε εκείνων που βρίσκονται γύρω τους, πρέπει να εισαχθούν, ακόμα κι αν αυτό αντιτίθεται στη θέλησή τους. Ανεξάρτητα από το εάν τα συμπτώματα βρίσκονται σε ύφεση μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας, η πλήρης διαδικασία μπορεί να μετατραπεί σε ένα βίωμα γεμάτο με θλίψη, δυσαρέσκεια και ντροπή. Οι ασθενείς ενδέχεται να τοποθετηθούν σε περιβάλλον με άγνωστα άτομα -συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών υγείας- να μην μπορούν υποβληθούν σε θεραπεία σύμφωνα με τις επιθυμίες τους, οπότε χρησιμοποιούνται ενέσιμα φάρμακα.

Ωστόσο, ακόμη και με εθελοντική εισαγωγή, οι ασθενείς μπορεί να υποβληθούν σε θεραπεία σε ένα περιβάλλον που τους προκαλεί συναισθήματα, όπως η ντροπή, γεγονός που επιβαρύνεται αρκετές φορές και λόγω της επαφή με άλλους ασθενείς που βρίσκονται σε παρόμοιες ή χειρότερες καταστάσεις.

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορούν επίσης να θεωρηθούν στιγματιστικά, και σε περιβάλλοντα έκτακτης ανάγκης, οι ασθενείς αναγκάζονται να τα χρησιμοποιούν, συχνά σε υψηλότερες δόσεις και συχνότητες από ό,τι στη θεραπεία εξωτερικών ασθενών. Ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν δυσάρεστες παρενέργειες και να δώσουν στους ασθενείς την αίσθηση ότι δεν έχουν πλέον τον έλεγχο της ζωής τους αλλά ούτε και της σκέψης τους.

Ο φυσικός περιορισμός, ο οποίος σχετίζεται επίσης με την επείγουσα ψυχιατρική θεραπεία, επιδεινώνει το στίγμα για τους ασθενείς και κατά συνέπεια επηρεάζει την συμμόρφωση στην ιατρική θεραπεία (Ye et al., 2019; Dardas & Simmons, 2015). Ενδείκνυται η εκπαίδευση των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης για τη σωστή χρήση δεσμών που μόνο ως έσχατη λύση να είναι απαραίτητη, αν και δεν είναι όλες οι ομάδες έτοιμες για αυτό.

Το στίγμα μπορεί να οδηγήσει σε πολύ αρνητικές συνέπειες σε ασθενείς με ψυχική ασθένεια. Μελέτες έχουν δείξει ότι όταν επισημαίνονται ως «σχιζοφρενείς», οι ασθενείς αισθάνονται μια αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται. Αυτή η ετικέτα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αλληλεπιδρούν με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και με τον κόσμο, καθώς η ασθένεια αποτελεί την κεντρική πτυχή της ταυτότητας του ασθενούς. Θα πρέπει επίσης να επισημανθεί η επίδραση του στίγματος στην αυτοεκτίμηση των ασθενών, καθώς σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονίας (Millard & Wessely, 2014).

Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε μειωμένη κοινωνική υποστήριξη για τους ασθενείς, καθώς οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και εμποδίζει την επανένταξή τους στην κοινωνία (Rossler, 2016), η οποία μπορεί να παρατείνει τη διαμονή σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και εξειδικευμένους θαλάμους. Ένα άλλο αποτέλεσμα του στιγματισμού είναι ο φόβος της διάκρισης σε κέντρα ψυχιατρικής θεραπείας, ειδικά σε περιβάλλοντα έκτακτης ανάγκης και σε περιβάλλοντα που μπορεί να περιλαμβάνουν αρνητικά στερεότυπα. Το στίγμα μπορεί, επομένως, να δημιουργήσει εμπόδια μεταξύ ασθενών και υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την απροθυμία στο να αναζητήσουν θεραπεία (Sickel et al., 2014).

Ένα επιπρόσθετο πρόβλημα, είναι ότι οι ασθενείς ή οι οικογένειές τους μπορεί να καθυστερήσουν την αναζήτηση θεραπείας κατά τη διάρκεια ψυχιατρικής έκτακτης ανάγκης, επειδή δεν επιθυμούν να βρεθούν ή να θέσουν τους συγγενείς τους σε τέτοια περιβάλλοντα (Henderson et al., 2014). Κατά συνέπεια, οι ασθενείς μπορεί να φτάσουν στη μονάδα έκτακτης ανάγκης σε πιο σοβαρή κατάσταση,

όπου ενδεχομένως να μην υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή όταν οι ήδη υπάρχουσες θεραπευτικές μέθοδοι έχουν αποτύχει, γεγονός που δημιουργεί περαιτέρω δυσκολίες για τους ίδιους και το προσωπικό.

Το στίγμα μπορεί επίσης να επηρεάσει την οικονομική και πολιτική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ψυχιατρικές υπηρεσίες (Tyger et al., 2017; Millard & Wessely, 2014). Τις τελευταίες δεκαετίες, σημειώθηκε σταδιακή μείωση των ψυχιατρικών κλινών παγκοσμίως (Tyger et al., 2017), εν μέρει λόγω της έλλειψης κυβερνητικού ενδιαφέροντος, καθώς η δαπάνη χρημάτων σε ψυχιατρικές κλίνες δεν είναι δημοφιλής. Χωρίς ισχυρή πολιτική υποστήριξη, οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια έχουν όχι μόνο ελλιπή ψυχιατρική βοήθεια, αλλά και μη ικανοποιητικά αποτελέσματα για την υγεία, όπως είναι η πρόωγη θνησιμότητα από ασθένειες που μπορούν να προληφθούν (Tyger et al., 2017; Millard & Wessely, 2014). Επομένως, απαιτείται καλύτερη κατανομή πόρων σε όλο το σύστημα υγείας για να επιτευχθεί καλύτερη πρόσβαση σε νοσοκομειακή περίθαλψη για σωματικές και ψυχικές συνθήκες υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, η επείγουσα περίθαλψη παρεμποδίζεται από την έλλειψη επενδύσεων, καθώς οι ψυχιατρικές μονάδες έκτακτης ανάγκης απαιτούν δαπάνες για εγκαταστάσεις και εκπαιδευμένο προσωπικό.

Η έλλειψη ψυχιατρικών κλινών θα μπορούσε να οδηγήσει σε χαμηλότερα πρότυπα φροντίδας, καθώς το προσωπικό θα εργαζόταν σε ένα περιβάλλον υψηλής πίεσης με περιορισμένους πόρους για την επαρκή διαχείριση ασθενών με σοβαρές ασθένειες. Η κατάσταση είναι ακόμη πιο προβληματική σε ψυχιατρικά περιβάλλοντα έκτακτης ανάγκης, καθώς η μεταφορά ασθενών σε μονάδες εσωτερικών ασθενών καθίσταται όλο και πιο δύσκολη λόγω έλλειψης των κλινών. Ως αποτέλεσμα, οι υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης θεωρούνται υπερφορτωμένες και εχθρικές, συμβάλλοντας στη δημιουργία στίγματος. Οι υπερφορτωμένες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, μαζί με τη σοβαρότητα των ασθενών, διακινδυνεύουν επίσης μια εικόνα ψυχικά ασθενών σε κρίση.

Ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν επιθετική και απρόβλεπτη συμπεριφορά, ιδίως οι ψυχωτικές διαταραχές. Τέτοιες κρίσεις θα μπορούσαν να συμβάλουν στην εσφαλμένη ερμηνεία ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι επικίνδυνοι και πρέπει να απομονωθούν από την κοινωνία. Συχνά, οι ασθενείς που βρίσκονται σε κρίση μεταφέρονται από τα σπίτια τους σε μονάδες ψυχιατρικής έκτακτης ανάγκης από την αστυνομία και όχι από ιατρικές ομάδες έκτακτης ανάγκης, γεγονός που ενισχύει μια τέτοια αρνητική εικόνα.

Η φαρμακευτική αγωγή διαδραματίζει επίσης ρόλο στη συζήτηση για το στίγμα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορούν να οδηγήσουν στη μη τήρηση της θεραπείας, αυξάνοντας τον κίνδυνο ψυχωτικών επεισοδίων. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν νέα φάρμακα με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που έχουν ήδη αποδειχθεί αποτελεσματικά στη μείωση του κινδύνου υποτροπής, αυτοκτονίας και επανα-

νοσηλείας (Tiihonen et al., 2017). Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά τα φάρμακα δεν είναι οικονομικώς προσιτά λόγω του υψηλότερου κόστους τους. Αυτό οδηγεί στο γεγονός ότι οι οικονομικά αδύναμοι έχουν μειωμένη δυνατότητα να σταθεροποιήσουν την ασθένειά τους, καθιστώντας τους ακόμη πιο ευάλωτους σε αρνητικά αποτελέσματα. Η χρήση ορισμένων ψυχοτρόπων φαρμάκων, ιδιαίτερα πιο παραδοσιακών με ορατές παρενέργειες, βοηθά στην επιδείνωση της στιγματικής εικόνας των ασθενών. Πολλές δημόσιες υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης παρέχουν μόνο τα φθηνότερα διαθέσιμα φάρμακα, τα οποία δεν αποτελούν πάντα την καλύτερη επιλογή.

Μερικοί ασθενείς έχουν επαναλαμβανόμενα ψυχωτικά επεισόδια και χρειάζονται βοήθεια έκτακτης ανάγκης πιο συχνά. Λόγω του προαναφερθέντος προβλήματος με τις κλίνες, ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς αποχωρούν πριν ολοκληρώσουν τη διαδικασία νοσηλείας και παραμένουν χωρίς εναλλακτική ή αντιμετώπιση στην κοινότητα. Ως αποτέλεσμα, το υψηλό ποσοστό επιπλοκών σε σοβαρά ψυχικά ασθενείς μπορεί επίσης να συμβάλλει στο στίγμα. Η ακατάλληλη χρήση φαρμάκων, καθώς και η συνταγογράφηση φαρμάκων που δεν οδηγούν σε άμεση βελτίωση, μπορεί να παρατείνει την παραμονή σε επείγουσα περίθαλψη, συμβάλλοντας περαιτέρω στο στιγματισμό.

Μια έρευνα για νοσοκομειακούς γιατρούς στη Γαλλία διαπίστωσε ότι διατηρούν μεγαλύτερη κοινωνική απόσταση από εκείνους που έχουν διαγνωστεί με ψυχιατρικές παθήσεις και αισθάνονται πιο ανήσυχοι όταν εξετάζουν αυτούς τους ασθενείς σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (Henderson et al., 2014; Beldie et al., 2012). Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα προβληματικό, καθώς σε ψυχιατρικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης η προσεκτική εξέταση θεωρείται πολύ σημαντική για τη διαφορική διάγνωση τόσο των ψυχικών όσο και των οργανικών ασθενειών, ειδικά για τον αποκλεισμό του παραληρήματος.

Όπως διαπιστώνεται από τα παραπάνω στοιχεία, δεν είναι μόνο οι ίδιες οι ψυχικές νόσοι που ταλαιπωρούν τους ασθενείς, αλλά και τα προβλήματα που σχετίζονται με τον στιγματισμό, την περιθωριοποίηση και τους τρόπους διαχείρισης των ασθενών και των ιδρυμάτων, ιδιαίτερα σε σοβαρές περιπτώσεις. Στην ενότητα που ακολουθεί περιγράφεται μια αμφιλεγόμενη πρακτική, η οποία έχει συσχετιστεί με την παραβίαση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών: την ακούσια στέρωση.

1.3 Ιστορική αναδρομή στην ακούσια στέρωση

Η ευγονική είναι η επιστήμη της βελτίωσης των ιδιοτήτων του ανθρώπινου γένους από την προσεκτική επιλογή των γονέων (Jaegers, 1992-1993). Οι πρώτοι ευγονιστές πίστευαν ότι η νοητική υστέρηση, η ψυχική ασθένεια και η εγκληματικότητα ήταν ανίατα κληρονομικά ελαττώματα,

και ότι η αποτροπή της αναπαραγωγής των ατόμων με τέτοια ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά θα εξάλειφε πολλά κοινωνικά προβλήματα (Jaegers, 1975-1976). Οι θετικοί ευγονιστές ενθάρρυναν την αναπαραγωγή μεταξύ των πληθυσμού με επιθυμητά χαρακτηριστικά, ενώ αρνητικοί ευγονιστές αποθάρρυναν την αναπαραγωγή από τον «κατώτερο» πληθυσμό (Ferster, 1996).

Στις αρχές του 1900, πολλοί άνθρωποι στις ΗΠΑ πίστευαν ότι η «η ανθρώπινη φυλή θα μπορούσε να βελτιωθεί σταδιακά και ότι τα κοινωνικά δεινά θα εξαλείφονταν ταυτόχρονα μέσω προγράμματος επιλεκτικής αναπαραγωγής». (Leslie-Miller, 1997, σ. 125). Οι ευγονιστές ήταν υπεύθυνοι για τη διάδοση αυτής της ιδέας, υποστηρίζοντας ότι τα παθογόνα γονίδια δεν πρέπει να κληρονομούνται και ότι ήταν ευθύνη της κυβέρνησης να περιορίσει την μεταφορά τους σε επόμενες γενιές. Έτσι, οι κρατικοί νομοθέτες άρχισαν να ψηφίζουν καταστατικά που νομιμοποιούσαν ευγονικές πρακτικές. Αυτοί οι νόμοι απαιτούσαν από τα άτομα που είχαν πνευματικές δυσκολίες, ψυχικές ασθένειες, επιληπτικές κρίσεις, εθισμό σε ουσίες, λοιμώδη νοσήματα, τύφλωση, κώφωση, παραμόρφωση ή ακόμα και οι άστεγοι να στειρωθούν. Η νομοθεσία ερμήνευε αυτές τις διατάξεις ως τρόπο «για την προστασία και τον εξορθολογισμό της κοινωνίας με την πρόληψη της αναπαραγωγής από εκείνους που θεωρούνται κοινωνικά ή ψυχικά κατώτεροι» (Jaegers, 1975-1976).

Μέχρι τα μέσα του εικοστού αιώνα, απαιτείται υποχρεωτικό καταστατικό στείρωσης για τους πνευματικά καθυστερημένους και τους ψυχικά ασθενείς σε περίπου τριάντα κράτη (Jaegers, 1975-1976), γεγονός που απεικόνιζε μια βαθύτερη αδιαφορία για τα δικαιώματα των πνευματικά αρρώστων. Η κεντρική δικαστική υπόθεση που ευθύνεται για αυτήν την τάση, *Buck v. Bell*, αφορούσε τη στείρωση μιας 18χρονης γυναίκας, της Μπακ, σύμφωνα με ένα Νόμο της Βιρτζίνια που επέτρεπε την «στείρωση των ψυχικά ελαττωματικών» (274 U.S, 1927). Αν και η Μπακ υποστήριξε ότι το καταστατικό παραβίαζε τη δέκατη τέταρτη τροποποίηση του συντάγματος και τα ίσα δικαιώματα προστασίας, το Δικαστήριο επιβεβαίωσε ότι το καταστατικό ήταν συνταγματικό επειδή «το συμφέρον του κράτους είναι να αποτρέψει την αναπαραγωγή κοινωνικά ανεπαρκών απογόνων και υπερτερεί του δικαιώματος των ψυχικά ανάπηρων να ελέγχουν το δικό τους αναπαραγωγικό πεπρωμένο». (Horsburg, 1996, σ. 578).

Περαιτέρω, η Μπακ έμεινε στην ιστορία για την αδιαμφισβήτητη αποδοχή και θετική έγκριση των ευγονικών θεωριών χωρίς την εξέταση της τεκνοποίησης ως δικαιώματος. Όπως δηλώθηκε από τον δικαστή Χολμς, «είναι καλύτερο για όλο τον κόσμο, αν αντί να περιμένουμε να εκτελέσουν εκφυλισμένους απογόνους για εγκλήματα ή να τους αφήσουν να πεινάσουν εξαιτίας της δικής τους ανικανότητας, η κοινωνία μπορεί να αποτρέψει εκείνους που είναι προφανώς ακατάλληλοι για την συνέχιση του είδους» (274 U.S, 1927). Πρόσθεσε ότι «[τρεις] γενιές ανόητων είναι αρκετές» (274 U.S, 1927), υποδηλώνοντας η Μπακ, η μητέρα της και το παιδί της, ήταν όλοι χαμηλής νοημοσύνης. Ως αποτέλεσμα, η υπόθεση της Μπακ έδωσε ώθηση στην ευγονική εις βάρος των ίσων δικαιωμάτων ενός

ατόμου (Volz, 2006) και έδωσε στους νομοθέτες και τα δικαστήρια την αιτιολόγηση που χρειάζονταν για τη θέσπιση και την τήρηση καταστατικών που απαιτούν την στειρώση των ψυχικά ασθενών (Jaegers, 1976).

Τρεις κύριοι παράγοντες στα τέλη της δεκαετίας του 1930 και του 1940 επηρέασαν αρνητικά το κίνημα ευγονικής και οι νόμοι για την ακούσια στειρώση άρχισαν να αναθεωρούνται. Πρώτον, η αυξημένη επιστημονική κατανόηση των νοητικών αναπηριών και της ψυχικής ασθένειας οδήγησε τους επιστήμονες να αμφισβητήσουν τη βάση της ευγονικής. Στοιχεία της εποχής έδειξαν ότι δεν υπήρχε συγκεκριμένος βιολογικός παράγοντας που αντιπροσωπεύει τις περισσότερες διανοητικές αναπηρίες και ψυχικές ασθένειες, και ότι οι κληρονομικές διανοητικές αναπηρίες μεταφέρθηκαν από γονείς που δεν τις είχαν οι ίδιοι.

Τέτοια ευρήματα κλόνισαν τις θεωρίες της ευγονικής και υποστήριξαν την ιδέα ότι τα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά προκύπτουν συχνά από μη κληρονομικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες (Gould, 1983-1984).

Δεύτερον, η συνταγματική προστασία των αναπαραγωγικών δικαιωμάτων επίσης συνέβαλε στην παρακμή του ευγονικού κινήματος. Ως αποτέλεσμα της απόφασης του Ανώτατου Δικαστηρίου των ΗΠΑ το 1973 στο *Roe v. Wade*, τα δικαστήρια πρέπει να αναγνωρίζουν το «θεμελιώδες δικαίωμα [της γυναίκας] στην αναπαραγωγική αυτονομία» κατά την επανεξέταση αναφορών στειρώσης των ψυχικά ασθενών γυναικών (410 U.S., 1977). Αυτό το δικαίωμα επιβεβαιώθηκε και σε άλλες περιπτώσεις. Επιπλέον, το 1992, το Δικαστήριο αποφάσισε για την υπόθεση *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey* ότι «[έχει] διευθετηθεί ... το Σύνταγμα θέτει όρια στο δικαίωμα μιας πολιτείας να παρεμβαίνει στις πιο βασικές αποφάσεις ενός ατόμου σχετικά με την οικογένεια και τη γονικότητα, καθώς και τη σωματική ακεραιότητα» (505 U.S., 1992).

Τρίτον, η κατάχρηση δικαστικών πρακτικών στειρώσης εναντίον αυτών που δεν έχουν αποδεδειγμένα διανοητική δυσλειτουργία συνέβαλε στη μείωση της υποστήριξης για ευγονικές πρακτικές. Για παράδειγμα, στο *Buck v. Bell*, «το υπόβαθρο της Μπακ ως αμόρφωτη, φτωχή γυναίκα από το Νότο φάνηκε να παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ανάλυση του δικαστηρίου σχετικά με την ικανότητά της να γεννά και να μεγαλώνει παιδιά όσο οποιαδήποτε αναγνωρίσιμη νοητική αναπηρία» (Volz, 2006, σ. 205). Ωστόσο, περίπου πενήντα χρόνια μετά την απόφαση, διαπιστώθηκε ότι η Μπακ είχε ποσοστό ευφυΐας κοντά στο μέσο όρο και τελικά παντρεύτηκε αδυνατώντας όμως να αποκτήσει παιδιά. Επιπλέον, ο συνήγορος της Μπακ φέρεται να είχε συνωμοτήσει με άλλους υποστηρικτές του νόμου περί στειρώσης. Δυστυχώς, η περίπτωση της Μπακ δεν ήταν εξαίρεση. Υπάρχουν πολλές άλλες περιπτώσεις στις οποίες ένα «δήθεν διανοητικά ανάπηρο άτομο στειρώθηκε λόγω της εσφαλμένης αντίληψης του κοινωνικού συνόλου ότι αποτελεί κίνδυνο για την κοινωνία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η στειρώση και η αντισύλληψη

2.1 Στείρωση

Παρότι ο όρος στειρώση έχει συνδεθεί με την χειρουργική παρέμβαση που εμποδίζει την τεκνοποίηση, στην πραγματικότητα πολλοί ορισμοί της δεν αναφέρονται σε χειρουργείο, αλλά γενικά σε μια εκούσια δράση ή σε εκούσιες ιατρικές μεθόδους με το ίδιο αποτέλεσμα για άντρες ή γυναίκες (Doreen & Abraham, 2002).

2.1.2 Ο σκοπός της στειρώσης

Σκοπός της στειρώσης είναι ο έλεγχος των γεννήσεων, μέσω της ηθελημένης αποτροπής της τεκνοποίησης. Για το λόγο αυτό, έχουν σχεδιαστεί με την προοπτική να είναι μόνιμες, αν και μπορεί να αναστραφούν σε μερικές περιπτώσεις (Doreen & Abraham, 2002).

2.1.3 Η διαδικασία της στειρώσης

Δεδομένου ότι η στειρώση περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, οι διαδικασίες είναι συχνά πολύ διαφορετικές μεταξύ τους. Αρχικά, στις χειρουργικές μεθόδους για τις γυναίκες περιλαμβάνονται (Costello, 2002).:

- Η απολίνωση των σαλπίγγων: Οι σάλπιγγες, που επιτρέπουν στο σπέρμα να γονιμοποιήσει το ωάριο και μεταφέρουν το γονιμοποιημένο ωάριο στη μήτρα, φράζονται. Αυτό γενικά περιλαμβάνει τη χρήση γενικού αναισθητικού και την εφαρμογή λαπαροτομίας ή λαπαροσκοπικής προσέγγισης για την τομή, το κλιπ ή τον καυτηριασμό των σαλπίγγων.
- Η υστερεκτομή: Η μήτρα αφαιρείται χειρουργικά, αναστέλλοντας μόνιμα την δυνατότητα εγκυμοσύνης και τον κίνδυνο για μερικές γυναικολογικές διαταραχές, όπως ο καρκίνος της μήτρας.

Αντίστοιχες χειρουργικές μεθόδους στειρώσης για τους άντρες περιλαμβάνουν:

- Απολίνωση των σπερματικών πόρων (βαζεκτομή): Οι σπερματικοί πόροι, που μεταφέρουν τα σπερματοζωάρια από τους όρχεις στην ουρήθρα, κόβονται και σφραγίζονται. Η διαδικασία απαιτεί τοπική αναισθησία ενώ δεν προκαλεί στυτική δυσλειτουργία ή αποτροπή οργασμού. Η παραγωγή των σπερματοζωαρίων και των ανδρικών ορμονών συνεχίζεται, χωρίς όμως να

μεταφέρονται τα σπερματοζώαρια, με αποτέλεσμα να μην αναμειγνύονται με το σπερματικό υγρό.

- **Ευνουχισμός:** Οι όρχεις αφαιρούνται χειρουργικά. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συχνά για τη στέρωση των ζώων, αλλά σπάνια για τους ανθρώπους. Ωστόσο, χρησιμοποιήθηκε παλαιότερα σε μικρά αγόρια για πολιτισμικούς λόγους.

Επιπροσθέτως, σε γυναίκες μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένας καθετήρας για την εισαγωγή μιας ουσίας στις σάλπιγγες που τελικά προκαλεί απόφραξη της οδού. Τέτοιες διαδικασίες γενικά θεωρούνται μη χειρουργικές καθώς χρησιμοποιούν φυσικές οπές και ως εκ τούτου δεν απαιτούν χειρουργική τομή.

2.1.4 Τα αποτελέσματα και οι επιπλοκές της στέρωσης

Τα αποτελέσματα της στέρωσης ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα και άλλους παράγοντες. Κατά την εφαρμογή της γυναικείας στέρωσης, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η θέση που κατέχουν οι γυναίκες στην οικογένεια και γενικότερα στην κοινωνία.

Όσον αφορά τις σωματικές επιπτώσεις, μελέτες σε γυναίκες που υπέστησαν απολίνωση σαλπίγγων έδειξαν μηδενική ή θετική επίδραση στο σεξουαλικό ενδιαφέρον και ευχαρίστηση (Costello, 2002). Παρόμοια αποτελέσματα ανακαλύφθηκαν για άνδρες που είχαν προχωρήσει σε βαζεκτομή. Η βαζεκτομή δεν επηρέασε αρνητικά την ικανοποίηση των ανδρών και δεν υπήρξε σημαντική αλλαγή στην επικοινωνία και τη συζυγική ικανοποίηση μεταξύ των ζευγαριών (Hofmeyr, Doreen & Abraham, 2002). Σύμφωνα με την Johns Hopkins Medicine, οι απολινώσεις των σαλπίγγων έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρά προβλήματα σε λιγότερες από 1 στις 1000 γυναίκες. Η απολίνωση σαλπίγγων είναι μια αποτελεσματική διαδικασία, αλλά υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης σε περίπου 1 στις 200 γυναίκες. Μερικοί πιθανοί κίνδυνοι απολίνωσης σαλπίγγων περιλαμβάνουν αιμορραγία από τομή του δέρματος ή εσωτερικά στην κοιλιά, λοίμωξη, βλάβη σε άλλα όργανα της κοιλιάς, παρενέργειες από την αναισθησία, έκτοπη κύηση (ωάριο που γονιμοποιείται έξω από τη μήτρα), και ημιτελές κλείσιμο μιας σάλπιγγας που οδηγεί σε εγκυμοσύνη. Αντίστοιχα, οι πιθανοί κίνδυνοι των βαζεκτομών περιλαμβάνουν πόνο που συνεχίζεται για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά από την χειρουργική επέμβαση, αιμορραγία και μώλωπες, μια -συνήθως ήπια- φλεγμονώδη αντίδραση στο σπέρμα που χύνεται κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η οποία ονομάζεται κοκκίωμα σπέρματος, και μόλυνση. Επιπλέον, οι σπερματικοί πόροι (vas deferens), το τμήμα της ανδρικής ανατομίας που μεταφέρει το σπέρμα, μπορεί να επανενωθούν, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ακούσια εγκυμοσύνη.

Από την άλλη πλευρά, δεν είναι εφικτός ο προσδιορισμός των ψυχολογικών επιπτώσεων της στειρώσεως, καθώς ορισμένα ψυχολογικά φαινόμενα μπορεί να είναι πιο διαδεδομένα σε εκείνους που τελικά αποφασίζουν να συμμετάσχουν στη στειρώση. Η σχέση μεταξύ ψυχολογικών προβλημάτων και στειρώσεως ενδέχεται να οφείλεται κυρίως σε συσχέτιση παρά σε αιτιότητα. Τούτου λεχθέντος, καταγράφονται αρκετές επιπτώσεις στην ψυχολογική υγεία αυτών που έχουν υποστεί στειρώσεις. Μια κινεζική μελέτη του 1996, διαπίστωσε ότι ο κίνδυνος για κατάθλιψη ήταν 2,34 φορές μεγαλύτερος μετά από απολίνωση των σαλπίνγων και 3,97 φορές μεγαλύτερος μετά από αγγειοτομή. Ένα άτομο που εξαναγκάζεται να στειρωθεί ή δεν κατανοεί τα αποτελέσματα μιας στειρώσεως, είναι πιο πιθανό εν συνεχεία να εκδηλώσει αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες (Lin et al., 1996). Ωστόσο, οι περισσότεροι άνθρωποι στις ΗΠΑ που είναι στειρωμένοι διατηρούν το ίδιο επίπεδο ψυχολογικής υγείας όπως και πριν από τη διαδικασία (Philliber & Philliber, 1986). Καθώς, η στειρώση είναι σε μεγάλο βαθμό μη αναστρέψιμη διαδικασία, η μεταμέλεια μετά την στειρώση επιδρά σημαντικά στη ψυχική υγεία του ατόμου. Ο πιο συνηθισμένος λόγος μεταμέλειας μετά τη στειρώση είναι η επιθυμία απόκτησης περισσότερων παιδιών (Zite & Sonya, 2011).

Όσον αφορά τις οικογενειακές επιπτώσεις, αυτές μπορεί να ποικίλουν. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η στειρώση παρέχει στις γυναίκες αυξημένο έλεγχο στη σεξουαλικότητα και στην αναπαραγωγή. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης των γυναικών, στην απόκτηση αυξημένης αίσθησης ιδιοκτησίας στο σώμα τους, καθώς και σε βελτιωμένη σχέση μεταξύ των μελών στο οικογενειακό περιβάλλον (Phyllis, 2008). Στις χώρες όπου δεν υπάρχουν κυβερνητικά κίνητρα για στειρώση, η απόφαση λαμβάνεται συχνά για προσωπικούς και οικογενειακούς λόγους. Μια γυναίκα, μερικές φορές μαζί με τον σύζυγό της ή τον σύντροφό της, μπορεί να αποφασίσει ότι δεν θέλει άλλα παιδιά ή δεν θέλει καθόλου παιδιά. Πολλές γυναίκες αναφέρουν ότι αισθάνονται πιο σεξουαλικά απελευθερωμένες μετά τη στειρώση, καθώς δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος εγκυμοσύνης (Abell, 1987). Εξαλείφοντας τον κίνδυνο απόκτησης περισσότερων παιδιών, μια γυναίκα δύναται να δεσμευτεί σε μια μακροχρόνια εργασία χωρίς πιθανή διακοπή για άδεια μητρότητας. Μια γυναίκα νιώθει πιο δυνατή αφού έχει την αίσθηση ότι αποφασίζει για το σώμα της και τη ζωή της. Η στειρώση εξαλείφει την ανάγκη για πιθανή άμβλωση, η οποία γενικά θεωρείται μια εξαιρετικά οδυνηρή απόφαση και αγχωτική διαδικασία (Abell, 1987).

Ωστόσο, σε χώρες που το παραδοσιακό πατριαρχικό σύστημα είναι καθιερωμένο, οι στειρώσεις γυναικών ενδέχεται να συμβάλλουν στην κακοποιητική συμπεριφορά των συζύγων για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, η στειρώση μπορεί να οδηγήσει σε δυσπιστία σε έναν γάμο εάν ο σύζυγος υποπτευθεί στη συνέχεια ότι η γυναίκα είναι άπιστη. Επιπλέον, ο σύζυγος μπορεί να εξοργιστεί και να εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά, στην περίπτωση που η απόφαση της στειρώσεως δεν προέκυψε από κοινού.

Εάν μια γυναίκα παντρευτεί ξανά μετά τη στειρώση, ο νέος της σύζυγος μπορεί να δυσαρεστηθεί με την αδυναμία της να αποκτήσει δικά τους παιδιά, προκαλώντας αναστάτωση στη νέα οικογενειακή ζωή. Όπως διαφαίνεται, προκύπτουν αρνητικές συνέπειες όταν οι γυναίκες διαθέτουν ελλιπή προσωπική εξουσία στην οικογενειακή ιεραρχία. Ωστόσο, σε πιο προοδευτικούς πολιτισμούς και σε σταθερές σχέσεις, παρατηρούνται ελάχιστες αλλαγές στις συζυγικές σχέσεις μετά τη στειρώση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γυναίκες ασκούν μεγαλύτερη επιρροή και οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να υπαγορεύουν τις προσωπικές επιλογές των γυναικών (Rao, 1997). Η σεξουαλική δραστηριότητα παραμένει αρκετά σταθερή και οι συζυγικές σχέσεις δεν χειροτερεύουν, εφόσον η απόφαση στειρώσης λήφθηκε από κοινού μεταξύ των δύο συντρόφων (Philliber & Philliber, 1985)

Τέλος, οι επιπτώσεις μπορεί να είναι κοινωνικές, πολιτικές ή οικονομικές. Σε χώρες με υψηλά ποσοστά πληθυσμού, όπως η Κίνα και η Ινδία, μπορεί να εφαρμοστούν πολιτικές υποχρεωτικής στειρώσης ή κίνητρα για στειρώση προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά γεννήσεων. Αν και οι δύο χώρες εφαρμόζουν μείωση του ποσοστού γεννήσεων, εντούτοις αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην επάρκεια του εργατικού δυναμικού. Επίσης, παρατηρείται η προτίμηση απόκτησης παιδιών που ανήκουν στο ανδρικό φύλο, καθώς η εξέλιξη της τεχνολογίας για επιλογή φύλου, οδηγεί γονείς σε διακοπή κύησης όταν γνωρίζουν ότι πρόκειται για κορίτσι. Αυτό οδηγεί σε μια άνιση αναλογία φύλου, η οποία μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της κοινωνίας. Ωστόσο, το χαμηλότερο ποσοστό πληθυσμού είναι συχνά πολύ ωφέλιμο για τις χώρες, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερα επίπεδα φτώχειας και ανεργίας (Phyllis, 2008).

2.2 Αντισύλληψη

2.2.1 Ο σκοπός της αντισύλληψης

Σκοπός της αντισύλληψης είναι η πρόληψη της εγκυμοσύνης μέσω διαφόρων μεθόδων ή σκευασμάτων, που συντελεί συνήθως στην προσωρινή παρεμπόδιση της τεκνοποίησης.

2.2.2 Οι μέθοδοι αντισύλληψης

Οι μέθοδοι αντισύλληψης περιλαμβάνουν μεθόδους φραγμού, ορμονικό έλεγχο των γεννήσεων, ενδομήτριες συσκευές μεθόδους συμπεριφοράς. Χρησιμοποιούνται πριν ή κατά τη διάρκεια της συνένυσης, ενώ τα αντισυλληπτικά έκτακτης ανάγκης είναι αποτελεσματικά έως και πέντε ημέρες μετά την πράξη. Η αποτελεσματικότητα εκφράζεται γενικά ως το ποσοστό των γυναικών που συλλαμβάνουν, χρησιμοποιώντας μια δεδομένη μέθοδο κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους χρήσης (Edmonds, 2012).

Οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι θεωρούνται εκείνες με μακροχρόνια δράση που δεν απαιτούν συνεχείς επισκέψεις υγειονομικής περίθαλψης (Cunningham & Stuart, 2012). Οι εμφυτεύσιμες ορμόνες και οι ενδομήτριες συσκευές είναι επιτυχείς, καθώς τα ποσοστά αποτυχίας του πρώτου έτους κυμαίνονται κάτω από 1% (Trussell, 2011). Τα ορμονικά αντισυλληπτικά χάπια, έμπλαστρα ή κολπικοί δακτύλιοι και η μέθοδος γαλακτικής αμηνόρροιας, σημειώνουν επίσης ποσοστά αποτυχίας πρώτου έτους κάτω του 1%, με βασική προϋπόθεση την σχολαστική εφαρμογή τους (Cunningham & Stuart, 2012). Γενικά, τα ποσοστά αποτυχίας του πρώτου έτους αυξάνονται σημαντικά, στο 9%, λόγω ασυνεπούς χρήσης (Trussell, 2011). Άλλες μέθοδοι όπως τα προφυλακτικά, τα διαφράγματα και τα σπερματοκτόνα εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αποτυχίας του πρώτου έτους, ακόμη και μετά από προσεκτική χρήση. Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής συνιστά αναστρέψιμο έλεγχο γεννήσεων μακράς δράσης ως πρώτη γραμμή αντισύλληψης για τα νεαρά άτομα (Committee on Adolescence, 2014).

Παρόλο που όλες οι μέθοδοι αντισύλληψης έχουν πιθανές αρνητικές επιπτώσεις, ο κίνδυνος είναι μικρότερος από αυτόν της εγκυμοσύνης (Cunningham & Stuart, 2012). Μετά τη διακοπή ή την αφαίρεση πολλών μεθόδων αντισύλληψης, συμπεριλαμβανομένων των αντισυλληπτικών που λαμβάνονται από το στόμα, των σπιράλ, των εμφυτευμάτων και των ενέσεων, το ποσοστό εγκυμοσύνης κατά το επόμενο έτος είναι το ίδιο με εκείνο των ατόμων που δεν χρησιμοποίησαν αντισύλληψη (Mansour et al., 2011).

2.2.3 Τα αποτελέσματα και οι επιπλοκές της αντισύλληψης

Η χρήση αντισυλληπτικών σε αναπτυσσόμενες χώρες εκτιμάται ότι μείωσε τον αριθμό των μητρικών θανάτων κατά 40% (περίπου 270.000 θάνατοι προλήφθηκαν το 2008) και θα μπορούσε να αποτρέψει το 70% των θανάτων εάν είχε εφαρμοστεί η πλήρης απαίτηση για αντισύλληψη (Cleland et al., 2012; Ahmed et al., 2012). Αυτά τα οφέλη επιτυγχάνονται με τη μείωση του αριθμού των μη προγραμματισμένων κήσεων που στη συνέχεια οδηγούν σε μη ασφαλείς αμβλώσεις, καθώς και με την πρόληψη της εγκυμοσύνης σε εκείνους που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο (Cleland et al., 2012).

Ο έλεγχος των γεννήσεων βελτιώνει επίσης την επιβίωση των παιδιών στον αναπτυσσόμενο κόσμο επιμηκύνοντας τον χρόνο μεταξύ των κήσεων. Σε αυτόν τον πληθυσμό, η κατάσταση επιδεινώνεται όταν μια μητέρα συλλαμβάνει εντός δεκαοκτώ μηνών από τον προηγούμενο τοκετό (Cleland et al., 2012). Ωστόσο, η καθυστέρηση μιας επόμενης εγκυμοσύνης μετά από αποβολή δεν φαίνεται να μεταβάλλει τον κίνδυνο. Σε τέτοιες περιπτώσεις, συνιστάται στις γυναίκες να επιχειρούν εγκυμοσύνη όποτε νιώθουν έτοιμες (Sholarpurkar, 2010).

Οι εγκυμοσύνες στην εφηβεία, ειδικά μεταξύ των νεότερων εφήβων, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένης της πρώιμης γέννησης, του χαμηλού βάρους γέννησης

και του θανάτου του βρέφους (Black et al., 2012). Στις ΗΠΑ, το 82% των κυήσεων στις ηλικίες μεταξύ 15 και 19 ετών έχουν καταγραφεί ως απρογραμματίστες (Marnach et al., 2013). Η ολοκληρωμένη σεξουαλική εκπαίδευση και η πρόσβαση στον έλεγχο των γεννήσεων καθίστανται αποτελεσματικές στη μείωση των ποσοστών εγκυμοσύνης σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα (Lavin & Cox, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Θέματα δεοντολογίας και βιοηθικής

3.1 Αρχές δεοντολογίας του ψυχολόγου

Σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων (ΣΕΨ), οι γενικές υποχρεώσεις ενός ψυχολόγου είναι οι ακόλουθες (www.seps.gr):

1. «Πρωταρχική υποχρέωση του ψυχολόγου είναι να διαφυλάξει το κύρος του επαγγέλματός του που το επιτυγχάνει:

Με το σεβασμό προς τον άνθρωπο και τα δικαιώματά του, την αντικειμενικότητα, την αξιοπρέπεια, την ευσυνειδησία, την υψηλή συναίσθηση ευθύνης και την συμπεριφορά που εμπνέει εμπιστοσύνη και γενικά τη διατήρηση του έργου του σε υψηλά επίπεδα».

2. «Ειδικότερα ο ψυχολόγος φροντίζει ώστε οι πράξεις, οι ενέργειες και γενικά η συμπεριφορά του να μη μειώνουν το επάγγελμά του στην κοινή γνώμη και ιδίως να μην έρχονται σε αντίθεση προς το «δημόσιο αίσθημα» του τόπου, όπου το ασκεί».

3. «Ο ψυχολόγος φροντίζει να διατηρεί υψηλό το επίπεδο της εργασίας και να προφυλάσσει την επιστήμη του και τις μεθόδους της από κάθε παραπληροφόρηση. Ειδικότερα φροντίζει να εξασφαλίζει κατάλληλους όρους και συνθήκες για την διεξαγωγή της εργασίας του».

4. «Ο ψυχολόγος όταν ασκεί την επαγγελματική πράξη, βασίζεται σε μεθόδους και τεχνικές που έχουν καταχωρηθεί ως όργανα επιστημονικής ψυχολογικής εξέτασης, έχει υπόψη του τα όριά του και φροντίζει να επαληθεύει τα ευρήματά του»

5. «Όταν δεν υφίστανται εγγυήσεις για την τήρηση όρου ή όρων των εδαφίων 1, 2 ή 3, ο ψυχολόγος απέχει από το να προσφέρει τις υπηρεσίες του»

6. «Η ιδιότητα του μέλους του Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων δεν χρησιμοποιείται για σκοπούς που έρχονται σε αντίθεση με το καταστατικό του».

3.2 Οι ευθύνες του ψυχολόγου προς τους ασθενείς

Στο τρίτο μέρος του Κώδικα Δεοντολογίας περιγράφεται ότι (www.seps.gr):

1. «Ο ψυχολόγος έχει πρωταρχική υποχρέωση απέναντι στον πελάτη του να τηρεί πλήρη εχεμύθεια για ό,τι περιέχεται σε γνώση του από την ιδιωτική ζωή και τις πράξεις του ακόμα και αν δεν του τα έχει ανακοινώσει ο ίδιος ο πελάτης. Η ίδια υποχρέωση ισχύει και για τα υποκείμενα έρευνας, που πρέπει οπωσδήποτε να κατοχυρώνεται η ανωνυμία τους, εκτός αν συμφωνηθεί διαφορετικά».
2. «Ο ψυχολόγος δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιήσει για ιδιοτελείς σκοπούς πληροφορίες που έτυχε να αντλήσει από τον πελάτη του»
3. «Συνιστάται ο ψυχολόγος να μην προβαίνει σε μαγνητοφώνηση, κινηματογραφική λήψη ή φωτογράφιση (εκτός της καταγραφής συμπεριφοράς κοινωνικού συνόλου) χωρίς να το γνωρίζει ο πελάτης του ή τα υποκείμενα της έρευνας».
4. «Ο ψυχολόγος δεν προσφέρει αυτόβουλα τις υπηρεσίες του σε μελλοντικούς πελάτες και δεν παρακινεί κανένα να υποβληθεί σε ψυχολογική εξέταση από αυτόν, ακόμη και χωρίς αμοιβή».
5. «Ο ψυχολόγος καλό είναι να μην προσφέρει ψυχολογικές υπηρεσίες σε πρόσωπα του οικογενειακού του περιβάλλοντος ή σε πρόσωπα που τα συνδέει στενή φιλία μαζί του».
6. «Λύση της υποχρέωσης για την τήρηση του επαγγελματικού απορρήτου επιτρέπεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου ο ψυχολόγος έχει σχηματίσει τη γνώμη ότι κινδυνεύει η ζωή (ασφάλεια) του πελάτη του ή η ζωή και η σωματική ακεραιότητα τρίτων προσώπων. Στην περίπτωση αυτή, η ανακοίνωση γίνεται μόνο σε αρμόδια πρόσωπα ή φορείς (οικείους, κηδεμόνα, δικαιοσύνη)».
7. «Δεν επιτρέπεται στον ψυχολόγο να παρουσιαστεί ως μάρτυρας υπεράσπισης ή κατηγορίας του πελάτη του».
8. «Ο ψυχολόγος δεν συζητά, περιπτώσεις πελατών του σε κύκλους εξωεπαγγελματικούς ή μη συγγενών επαγγελματιών. Αν κατά τη διδασκαλία του ή στα συγγράματά του θέλει να χρησιμοποιήσει υλικό περιπτώσεων, φροντίζει οπωσδήποτε να κατοχυρωθεί η απόλυτη ανωνυμία τους».
9. «Ο ψυχολόγος μεριμνά για τη διαφύλαξη της ασφάλειας του υλικού που κατέχει και αφορά τους πελάτες του, περιλαμβανομένων στοιχείων που διατηρεί σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. Όταν δεν μπορεί

να έχει πλήρη έλεγχο των κατοχυρωμένων στο αρχείο του πληροφοριών, κάνει διάκριση στις πληροφορίες που εισάγει ή κωδικοποιεί τις περιπτώσεις».

10. «Ο ψυχολόγος κατά την διεξαγωγή ερευνών, πληροφορεί τους εξεταζόμενους για τις πτυχές της έρευνας που πιθανώς να επηρέαζαν τη θέληση τους να συμμετέχουν σε αυτήν και δίνει εξηγήσεις σε θέματα που εγείρουν οι συμμετέχοντες. Σε περιπτώσεις παιδιών ή ατόμων που αδυνατούν να δώσουν τη συγκατάθεσή τους, πρέπει να ζητείται η συγκατάθεση του νόμιμου εκπροσώπου τους.

Ο ερευνητής αναγνωρίζει το δικαίωμα στα συμμετέχοντα σε μια έρευνα υποκείμενα, να αποσυρθούν από την έρευνα, οποιαδήποτε στιγμή».

11. «Ο ψυχολόγος κατά την διεξαγωγή ερευνών προσπαθεί να αποφεύγει υπέρμετρη κατανόηση, συγκίνηση ή ταλαιπωρία των εξεταζομένων, σωματική ή ψυχική, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ανηλίκους. Ακόμα, εξετάζει προσεκτικά την πιθανότητα μακροπρόθεσμων ανεπιθύμητων συνεπειών στα υποκείμενα που συμμετέχουν στην έρευνα, κι έχει την ευθύνη για να τις επισημάνει και να τις αφαιρέσει, τροποποιώντας πιθανώς το πειραματικό σχέδιο, όσο αυτό είναι δυνατόν. Ανάλογη φροντίδα πρέπει να λαμβάνεται και για τα πειραματόζωα μέσα στα πλαίσια των σχετικών πειραματισμών».

12. «Ο ψυχολόγος αποφεύγει να επαναλάβει ψυχολογικές δοκιμασίες που έχουν ήδη εφαρμοστεί από συνάδελφό του στο ίδιο πρόσωπο, πριν παρέλθει ένα εύλογο χρονικό διάστημα».

3.3 Τι συμβαίνει όταν ο ασθενής δεν έχει ικανότητα βούλησης

Ως διαδικασία, η ενήμερη συγκατάθεση έχει ευρεία αναγνώριση και εφαρμογή, αν και εξακολουθούν να υφίστανται αρκετά νομικά διλήμματα για τους ασθενείς με σοβαρά ελλείμματα, ιδίως δε για εκείνους με νευροψυχιατρική βλάβη. Αυτά οφείλονται κυρίως στο ότι η αρχή της αυτονομίας του ασθενή και η αρχή της ωφέλειας μπορεί να έρθουν σε σύγκρουση. Σε αυτές τις περιπτώσεις, υπάρχουν αρκετές ηθικές απαντήσεις, οι οποίες μπορεί να τείνουν προς την συνέχιση μιας επικίνδυνης κήσης από σεβασμό στην αυτονομία του ασθενή ή, στον αντίποδα, να επιβληθεί η εφαρμογή μιας μεθόδου αντισύλληψης. Συχνά, οι γιατροί τείνουν να υπερεκτιμούν τις ικανότητες κατανόησης των ασθενών όσον αφορά τις φόρμες της ενήμερης συγκατάθεσης. Πολλοί ασθενείς αρνούνται την θεραπεία και, παρόλο που αμφισβητείται η ικανότητα τους να συναινέσουν σε ιατρικές αποφάσεις, η επάρκεια αυτής της ικανότητας εκτιμάται μέσω ψυχιατρικής συμβουλής. Δεν είναι σύνηθες για τα συμβούλια να κληθούν σε εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών που θα υπογράψουν σε τέτοιες φόρμες. Σε νομικό επίπεδο, το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης προϋποθέτει ότι όλοι οι ασθενείς δικαιούνται να καθορίζουν ό,τι σχετίζεται με το σώμα τους. Παράλληλα, οι γιατροί υποχρεούνται να παρέχουν πλήρη και υπεύθυνη ενημέρωση για τα όσα απαιτούνται στην θεραπεία ή την διαχείριση της κατάστασης των ασθενών.

Η ενήμερη συγκατάθεση περιλαμβάνει τρία στοιχεία: 1) την ικανότητα για λήψη αποφάσεων, 2) την επαρκή ενημέρωση και 3) την εκούσια συμμετοχή ή αποδοχή. Ωστόσο, υπάρχουν σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά την λήψη ενήμερης συγκατάθεσης, όπως οι ασθενείς που δεν έχουν την διανοητική ικανότητα για να παρέχουν συναίνεση ή όταν είναι ανεπαρκείς ή ανίκανοι από νομική άποψη. Εφόσον συμβαίνει κάτι από τα παραπάνω, η συναίνεση ή γενικά η απόφαση παρέχεται από κάποιον εκπρόσωπο. Σε διαφορετική περίπτωση, οι γιατροί που θεραπεύουν τους ασθενείς χωρίς να έχουν λάβει την ενήμερη συγκατάθεση τους αντιβαίνουν τους κανόνες δεοντολογίας και νομικής εγκυρότητας. Όταν δεν προηγείται η ενήμερη συγκατάθεση ή όταν οι επιθυμίες των ασθενών είναι αντίθετες, τότε η θεραπεία μπορεί να αποτελέσει άδικη επίθεση, ενώ σε περίπτωση ανεπαρκούς συναίνεσης, η επιβολή θεραπείας αποτελεί ιατρική αμέλεια (Levenson, 2013).

3.3.1 Ανικανότητα συναίνεσης σε επείγοντα περιστατικά

Βάσει του άρθρου 12, παράγραφος 2.ββ) του αναθεωρημένου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας Ν.3418/2005 (ΚΙΔ), όταν ο ασθενής στερείται την ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εφαρμογή μιας ιατρικής πράξης παρέχεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη. Εάν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, τότε η συναίνεση παρέχεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κατεπείγοντα περιστατικά, δηλαδή όταν συντρέχει άμεση ανάγκη ιατρικής παρέμβασης, ένας ασθενής που εκείνη την στιγμή δεν έχει την ικανότητα συναίνεσης ούτε δικαστικό συμπαραστάτη, μπορεί να λάβει την παρέμβαση από πρωτοβουλία του γιατρού, χωρίς να απαιτηθεί συναίνεση από τους οικείους (Κολίσης και συν., 2011). Παράλληλα, σύμφωνα με το Συμβούλιο Ηγετών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Committee of Ministers Rec, 2004) σε επείγοντα περιστατικά κατά τα οποία ο διανοητικά ασθενής δεν μπορεί να συναινέσει, η θεραπεία πραγματοποιείται ακούσια, εφόσον η σοβαρότητα της κατάστασης συνιστά κίνδυνο για την υγεία ή και την ζωή του ίδιου ή των άλλων. Η απόφαση για ακούσια θεραπεία δεν λαμβάνεται μόνο από το δικαστήριο, αλλά και από έναν γιατρό που έχει εξετάσει τον ασθενή και έχει λάβει υπόψη του τη γνώμη του ασθενή (άρθρο 20.2).

Όσο για την σύγκρουση της αυτονομίας και της ωφέλειας του ασθενή που προαναφέρθηκε, τα άρθρα 15 και 12 (παράγραφος 2γ) επιλύουν το θέμα της συναίνεσης. Σύμφωνα με το δεύτερο, η συναίνεση του ασθενή δεν πρέπει να έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Αυτό προϋποθέτει ότι εάν η βούληση του ασθενή εναντιώνεται στις ενδεδειγμένες ηθικές, κοινωνικές και ανθρωπιστικές αντιλήψεις, ο γιατρός υποχρεούται να προχωρήσει σε θεραπεία χωρίς την συναίνεση του ασθενή. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι, σύμφωνα με το Recommendation no.REC(2004)10, η παρουσία διανοητικής ασθένειας δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως δικαιολογία για την μόνιμη καταπάτηση του αναπαραγωγικού δικαιώματος (άρθρο 30). Αυτή η διευκρίνιση όμως συντελεί στην πιθανότητα εφαρμογής της προσωρινής αναστολής του δικαιώματος αυτού.

3.3.2 Οι προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής σχετικά με την αδυναμία συναίνεσης

Νομικά, η ικανότητα για συναίνεση δεν πρέπει να συγχέεται με την φυσική ικανότητα του ασθενή. Ένας ασθενής μπορεί να έχει πλήρη νομική ικανότητα συναίνεσης, αλλά να βρίσκεται σε μια κατάσταση προσωρινής διαταραχής, που να περιορίζει τον σχηματισμό των σκέψεων και την έκφραση της ελεύθερης βούλησης. Οι γιατροί πρέπει να συμβάλλουν στην άμεση αποκατάσταση της διαύγειας του ασθενή, ώστε να επανέλθει στην κατάσταση για την λήψη αποφάσεων θεραπείας. Η υποκατάσταση της βούλησης του ασθενή από τους οικείους του δεν ενδείκνυται, καθώς η οποιαδήποτε απόφασή τους μπορεί να έρθει σε αντίθεση με τις επιθυμίες που θα εκφράσει ο ασθενής όταν επανέλθει (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010).

3.4 Ανικανότητα συναίνεσης και προγενέστερες επιθυμίες

Λόγω της πιθανότητας ενός ατόμου να βρεθεί σε μια κατάσταση ανικανότητας συναίνεσης, συνιστάται η διατύπωση επιθυμιών για την μεταχείριση του σε ανύποπτο προγενέστερο χρόνο. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το νομοθετικό καθεστώς της Ελλάδας είναι αρκετά αμφιλεγόμενο, τίθεται το ζήτημα της στάσης που θα τηρήσει ένας γιατρός, όταν γνωρίζει τις επιθυμίες του ασθενή αλλά αντιβαίνουν στην θέληση των νόμιμων εκπροσώπων, οι οποίοι και φέρουν την ευθύνη της συναίνεσης. Από άποψη ηθικής, οι επιθυμίες του ασθενή πρέπει να γνωστοποιούνται στους οικείους, αλλά σε περίπτωση που διαφωνήσουν με αυτές, η πλήρης παράκαμψη των προγενέστερων επιθυμιών θα ήταν αδικαιολόγητη. Αυτό βασίζεται στο τεκμήριο αυθεντικής έκφρασης της αυτονομίας του ίδιου του ασθενή που καθιστά την υποκατάσταση συναίνεσης των νόμιμων εκπροσώπων σχετικά ανίσχυρη. Αν και ο γιατρός δεν μπορεί να προσβάλλει νομικά την εξουσία των νόμιμων εκπροσώπων στην λήψη αποφάσεων, έχει την υποχρέωση να συζητήσει μαζί τους σχετικά με τις προγενέστερες επιθυμίες του ασθενή ώστε να εξομαλυνθεί η κατάσταση. Επιπλέον, όταν ο γιατρός δεν συμφωνεί με τις επιθυμίες του ασθενή δικαιούται να αποσυρθεί από την φροντίδα του, την οποία αναλαμβάνει άλλος γιατρός (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010).

3.4.1 Ανικανότητα συναίνεσης σε περιπτώσεις που δεν προβλέπεται η επαναφορά του ασθενούς

Σε περίπτωση που ο ασθενής με βαριά ψυχιατρική πάθηση δεν πρόκειται να επανέλθει σε κατάσταση διαύγειας, η υποκατάσταση της βούλησής του από τους οικείους του είναι δικαιολογημένη και εκφράζεται από την υποκατάσταση συναίνεσης. Η απόφαση πρέπει να λαμβάνεται με βάση την ποιότητα ζωής του ασθενή και όχι τις προτιμήσεις των οικείων, καθώς και με συνεκτίμηση των προγενέστερων επιθυμιών του ασθενή. Όσον αφορά το θέμα του αναπαραγωγικού δικαιώματος, πρέπει

να λαμβάνεται υπόψη και η ποιότητα ζωής του παιδιού που θα γεννηθεί (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Αναπαραγωγικά δικαιώματα και νομικά διλήμματα

4.1 Η ηθική και νομική διάσταση της υποχρεωτικής στειρώσεως των ψυχικά πασχόντων

Οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο δεν μπορούν να πάρουν απόφαση σχετικά με το ενδεχόμενο ή όχι τεκνοποίησης. Αυτό προκάλεσε το ενδιαφέρον πολλών διαφορετικών κλάδων σε σχέση με την ορθότητα της εφαρμογής στειρώσεως ή αντισύλληψης. Παρόλο που η στειρώση, τόσο η επιβεβλημένη όσο και η ηθελημένη, απαγορεύεται στην Ελλάδα, υπάρχουν ανεπίσημες πηγές που την υποστηρίζουν (Veloyianni, 2004).

Η μέθοδος της αντισύλληψης θεωρείται λιγότερο ακραία μορφή παρέμβασης για τον γενετικό έλεγχο, σε σχέση με την άμβλωση και το χάπι της επόμενης μέρας. Η ηθική αντιμετώπιση της άμβλωσης ποικίλλει, καθώς κάποιον την εξισώνουν με φόνο και άλλοι την δικαιολογούν. Συνήθως, η άμβλωση θεωρείται δικαιολογημένη όταν υπάρχει κίνδυνος υγείας για την μητέρα ή το έμβρυο, όταν η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα βιασμού ή αποτυχίας της εφαρμοσμένης αντισύλληψης. Συγκριτικά, η στειρώση είναι η αποτελεσματικότερη μέθοδος πρόληψης. Παραδείγματος χάριν, αν μια μέθοδος αντισύλληψης δεν εφαρμοστεί σωστά από τον ψυχιατρικό ασθενή -π.χ. λόγω ανεπαρκούς επίβλεψης ή λόγω της επιδείνωσής του παρά την χορήγηση φαρμάκων- μπορεί να προκύψει μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, για την οποία ενδέχεται να αποφασιστεί άμβλωση. Αντίθετα, η στειρώση θα στερούσε το δικαίωμα της αναπαραγωγής στον ασθενή αλλά όχι και της σεξουαλικής ζωής του. Έτσι, ενώ η στειρώση είναι ακραία και σκληρή μέθοδος γενετικού ελέγχου, είναι αδύνατον να εξισωθεί με φόνο. Μάλιστα, με βάση την άποψη ότι η άμβλωση είναι φόνος, η στειρώση θα συνιστούσε το πλέον αποτελεσματικό μέτρο αποφυγής του.

Παρόλα αυτά, η υποχρέωση της στειρώσεως αμφισβητείται τόσο κοινωνικά όσο και νομικά. Σύμφωνα με τις δηλώσεις του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, η ΕΕ είναι αντίθετη στην επιβολή αναπαραγωγικών πρακτικών και νομοθεσιών. Τα χρήματα που επενδύονται σε εξαναγκαστικές άμβλώσεις και στειρώσεις παραβιάζουν τις αρχές της ΕΕ.

Το Δικαστήριο του Καναδά επίσης απορρίπτει την πρακτική της υποχρεωτικής στειρώσεως, την οποία και αντιμετωπίζει σαν μια πράξη βίας και παραβίασης του δικαιώματος στην αναπαραγωγή. Αν και το δικαστήριο απαίτησε μια αυστηρή δικαιολογία επικύρωσής της, αυτό στάθηκε αδύνατο. Έτσι, η στειρώση ερμηνεύεται ως μια πράξη που εκτελείται για το συμφέρον μιας γυναίκας με διανοητική υστέρηση και όχι ως παραβίαση του σώματός της. Επομένως, δεν είναι μια πράξη υποβάθμισης της

γυναίκας αυτής με σκοπό την ευγονική, αλλά μια πράξη προστασίας της. Είναι στην ευχέρεια των δικαστηρίων να αξιολογούν τότε μια στέρωση είναι ευεργετική ή επιβλαβής (Savell, 2004), ενώ έχουν τεθεί και κάποια όρια για τις σοβαρές ψυχικές ασθένειες (WHO, 2005).

4.2 Συνέπειες των μεθόδων αντισύλληψης και στέρωσης στους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες

Πρώτα από όλα, η στέρωση είναι μια μόνιμη μέθοδος γενετικού ελέγχου. Όταν είναι υποχρεωτική, συνεπάγεται παραβίαση της αυτονομίας διότι, σύμφωνα με τις αρχές αυτής και της αυτοδιάθεσης, οι αποφάσεις που αφορούν την υγεία και την προσωπική ζωή πρέπει να λαμβάνονται από τα ίδια τα άτομα και να γίνονται σεβαστές. Δεδομένων αυτών των αρχών, η υποχρεωτική στέρωση ειδικά για τους ψυχικά ασθενείς παραβιάζει την αρχή της ισοτιμίας, που προβλέπει ίσα δικαιώματα στη ζωή και την υγεία για όλους. Έτσι, η υποχρεωτικότητα της στέρωσης σε αυτήν την ευαίσθητη ομάδα πληθυσμού μπορεί να καλλιεργήσει ένα αντιδημοκρατικό κλίμα διακρίσεων, με τους υγιείς να έχουν δικαιώματα και τους ψυχικά ασθενείς να δέχονται παραβιάσεις, χωρίς ευκαιρίες για διεκδίκηση ίσης μεταχείρισης (Veloyianni, 2004). Όσο για τις θετικές συνέπειες της στέρωσης, αφορούν την αποτροπή εμβρυοκτονίας και την εξοικονόμηση πόρων από την επιχορήγηση αντισυλληπτικών μέσων (Cabal, 2012). Τέλος, μερικά επιχειρήματα υπέρ της στέρωσης των σοβαρά ψυχικά ασθενών περιλαμβάνουν την προστασία των ίδιων από τις ευθύνες της απόκτησης παιδιών και την προστασία των παιδιών που θα γεννιόντουσαν, λόγω ακατάλληλων περιβαλλόντων ανάπτυξης.

4.3 Δικαιώματα παιδιών που συμβιώνουν με σοβαρά ψυχικά πάσχοντες γονείς

Σύμφωνα με την Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (Νόμος υπ' αριθ. 2101/1992) και λόγω της σωματικής και πνευματικής τους ανωριμότητας, τα παιδιά χρειάζονται την μέριμνα και την προστασία των ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της νομικής προστασίας. Αυτή η προστασία τίθεται σε εφαρμογή προτού ακόμα γεννηθούν, ανάλογα με το πολιτιστικό υπόβαθρο και τις κοινωνικές αξίες για την οικογένεια και την ανατροφή. Σε κάθε απόφαση που αφορά παιδιά, το συμφέρον τους τίθεται σε προτεραιότητα (άρθρο 3.1). Με βάση το άρθρο 20, η εφαρμογή της αντισύλληψης ή ακόμα και της στέρωσης σε σοβαρά ψυχικά ασθενείς θα απέτρεπε την προσωρινή ή οριστική απομάκρυνση των παιδιών από τα οικογενειακά τους περιβάλλοντα, προλαμβάνοντας έτσι πιθανά ψυχολογικά τραύματα. Επιπλέον, με αυτό τον τρόπο θα εξοικονομούσαν χρήματα από τον κρατικό προϋπολογισμό για την διατήρηση αντίστοιχων ιδρυμάτων. Επιπρόσθετα, πρέπει να προαχθεί η ανάπτυξη της προληπτικής ιατρικής όσον αφορά την επιμόρφωση των γονέων και τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.) (άρθρο 24.2 στ). Το δικαίωμα των παιδιών σε ένα κατάλληλο επίπεδο ζωής που να επιτρέπει την ατομική του ανάπτυξη πρέπει να αναγνωρίζεται από το κράτος (άρθρο 27). Αναμφίβολα, απαιτείται

ετοιμότητα των φορέων ώστε να προστατευθούν τα παιδιά από βασανισμούς ή άλλα είδη σκληρής μεταχείρισης (άρθρο 37α).

4.4 Δράσεις για την προστασία παιδιών που συμβιώνουν με σοβαρά ψυχικά πάσχοντες γονείς

Με βάση την ουσία του άρθρου (37α) της Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού, τα παιδιά με γονείς που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους και που βιώνουν παραμέληση ή κακοποίηση από την συμβίωση μαζί τους απομακρύνονται από αυτούς, μέσω δικαστικών εντολών και παρεμβάσεων της Πολιτείας. Στην Ελλάδα, υπάρχει η δυνατότητα της προσωρινής απομάκρυνσης των παιδιών από τις οικογένειές τους και της τοποθέτησής τους σε ξενώνες παιδιών. Πρόκειται για ασφαλή περιβάλλοντα που επιτρέπουν στα παιδιά να κατανοήσουν τις ανάγκες και τα συναισθήματά τους, ενώ προάγουν την ψυχική υγεία και πληροφορούν τα παιδιά για την ψυχική πάθηση των γονέων τους. Ακόμα, οι ξενώνες παιδιών βοηθούν τους γονείς αυτούς στον ρόλο τους, την αναγνώριση της ψυχικής νόσου και την αναγκαιότητα της θεραπείας. Οι ξενώνες στοχεύουν τελικά στην επιστροφή των παιδιών στις οικογένειές τους, έχοντας προγενέστερα εξασφαλίσει μια καλύτερη ποιότητα ζωής για αυτά. Μερικές τέτοιες υποδομές είναι και «Η ΜΗΤΕΡΑ», ένα Κέντρο Προστασίας του Παιδιού που αναλαμβάνει την προστασία παιδιών που έχουν κακοποιηθεί ή παραμεληθεί από γονείς με βαριές καταστάσεις ψυχικών ασθενειών και όπου εισάγονται με Εισαγγελική εντολή. Όταν η επανασύνδεση των παιδιών αυτών με την φυσική οικογένεια δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί, τότε γίνεται προσπάθεια για εύρεση ενός κατάλληλου οικογενειακού περιβάλλοντος μέσω αναδοχής και υιοθεσιών. Στην περίπτωση της αναδοχής, τα παιδιά προστατεύονται από το κέντρο, καθώς η διαβίωση και ανάπτυξή τους παρακολουθείται από μια διεπιστημονική ομάδα. Η ιδρυματοποίηση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών, ιδίως στα νήπια, καθώς μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών, προβλημάτων στην κοινωνικοποίηση και παραβατικής συμπεριφοράς. Για αυτό το λόγο, η υλοποίηση του προγράμματος αναδοχής από τη συνεργασία των Κοινωνικών Υπηρεσιών των διαφόρων Δήμων, καθώς και η ίδρυση Οικογενειακού Δικαστηρίου στο πλαίσιο του Ν.2447/96 θεωρούνται απαραίτητα (Κέντρο βρεφών Η Μητέρα. , 2012).

4.5 Η αντιμετώπιση των ζητημάτων της ικανότητας και του αναπαραγωγικού δικαιώματος των ψυχικά πασχόντων.

4.5.1 Από τους ιατρούς και τους ερευνητές

Από την πλευρά των νευρολόγων-ψυχιάτρων, το ζήτημα της ικανότητας αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και τακτική παρακολούθηση. Όσον αφορά τους γυναικολόγους, οφείλουν να συνεργάζονται με τους ψυχιάτρους για να συνταγογραφούν και να εφαρμόζουν την κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδο για τους ασθενείς, ανάλογα με την ψυχική τους νόσο και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, και εφόσον υπάρχει ενήμερη συναίνεση από τους ίδιους, τους οικείους ή τους νόμιμους εκπροσώπους. Οι γιατροί πρέπει να βεβαιώνονται ότι οι ασθενείς είναι πλήρως και έγκυρα ενημερωμένοι για να προβαίνουν σε συνετές επιλογές. Η παροχή ιατρικών συμβουλών που δεν βασίζονται σε ιατρικές γνώσεις αλλά σε άλλους παράγοντες θεωρείται ανήθικη όταν οι ασθενείς δεν είναι ενήμεροι. Σύμφωνα με την αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης, οι γυναικολόγοι πρέπει να σιγουρεύονται ότι οι ασθενείς έχουν πλήρη επίγνωση και κατανόηση των κινδύνων και οφελών της κάθε αντισυλληπτικής μεθόδου. Για κάθε μέθοδο γενετικού προγραμματισμού, ο ασθενής χρειάζεται να ξέρει α) την αξιοπιστία της μεθόδου, β) την ευκολία στην χρήση της μεθόδου αυτής, γ) τις πιθανές παρενέργειες, και δ) τυχόν κινδύνους για την υγεία του. Στην περίπτωση της στειρώσης, οι γιατροί πρέπει να βεβαιώνονται ότι οι ασθενείς καταλαβαίνουν τα παραπάνω και ότι πρόκειται για μια μόνιμη κατάσταση. Τέλος, όσον αφορά στους εργαστηριακούς ερευνητές, η επαγρύπνηση και η προσπάθεια για νέες ή βελτιωμένες μεθόδους αντισύλληψης καθίστανται επιβεβλημένες. Η ανάπτυξη της τεχνογνωσίας και της βιολογικής έρευνας μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των παρενεργειών και την αύξηση της αποτελεσματικότητας της αντισύλληψης (Κρέτση και συν., 2007).

4.5.2 Από τους ψυχολόγους και τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού (Ο.Π.)

Όσον αφορά τους ψυχολόγους, το ζήτημα αντιμετωπίζεται με συνεδρίες με τους γονείς αλλά και τα παιδιά. Παρόλο που ο Ο.Π. έχει σημαντικά θετικά αποτελέσματα στον γενετικό έλεγχο, δεν υπάρχει πάντα πρόσβαση στις υπηρεσίες του. Εκτιμάται ότι περισσότερες γυναίκες θα ακολουθούσαν κάποια σύγχρονη μέθοδο αντισύλληψης, αν ήταν κατάλληλα ενημερωμένες για την λειτουργία και την χρήση της και είχαν τα μέσα για την απόκτησή της. Ακόμα, στις αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες, ο Ο.Π. μεριμνά για την αποτροπή των επικίνδυνων τεχνικών διακοπής των ανεπιθύμητων κυήσεων, π.χ. από άτομα χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση ή σε περιβάλλοντα που ενέχουν κινδύνους για την ασφάλεια και την υγεία (Κρέτση και συν., 2007).

4.5.3 Από τους ασθενείς

Τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες και έχουν ήδη αποκτήσει παιδιά οφείλουν να σκεφτούν -ανάλογα με τη διαύγεια και τις δυνατότητες τους- την ικανότητά τους να ανταπεξέλθουν στον γονεϊκό τους ρόλο. Η συμμόρφωση στην θεραπεία τους είναι σημαντική και λειτουργεί προς όφελος των παιδιών, καθώς οι «φάσεις ηρεμίας» μπορούν να αξιοποιηθούν για την μεταξύ τους σχέση. Παρά την βοήθεια από τους οικείους και τους νομικούς εκπροσώπους για την ανατροφή των παιδιών, οι γονείς θέλουν να είναι υπεύθυνοι όσον αφορά τα παιδιά τους (Laurinck et al., 2010). Γι' αυτό, πολλές φορές είναι χρήσιμο να παρέχεται στήριξη με διακριτικό τρόπο, που δεν στιγματίζει τις οικογένειες και υποστηρίζει την συμμετοχή των γονιών σε ψυχοθεραπεία (Beeck, 2011).

4.5.4 Από τους συγγενείς των ασθενών

Δυστυχώς, η έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των μελών της οικογένειας σε σχέση με την ψυχική ασθένεια οδηγεί πολλά παιδιά στην ανάπτυξη ενοχής και στίγματος, με αποτέλεσμα την απομόνωση. Τα παιδιά πρέπει να γνωρίζουν όσα περισσότερα μπορούν για τη νόσο των κηδεμόνων τους καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις τους στα ίδια. Είναι χρήσιμο για αυτά να διατηρούν ανοιχτή επικοινωνία με τους συγγενείς τους, ώστε να μοιράζονται τις δύσκολες ή τραυματικές εμπειρίες με τη νόσο των γονιών και να δέχονται υποστήριξη στην αντιμετώπιση των φόβων τους (Lees et al., 2008)

Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες και δεν δύνανται να μεγαλώσουν με σωστούς και ασφαλείς τρόπους παιδιά, κρίνεται απαραίτητο να έχουν πρόσβαση σε γνώσεις και μέσα αντισύλληψης. Στην Ελλάδα, όπου ούτε η στείρωση ούτε η αντισύλληψη επιβάλλονται από το νόμο, το ζήτημα καταλήγει να ρυθμίζεται από την σύσταση και διατήρηση ειδικών ιδρυμάτων για τέτοια παιδιά. Από την μία πλευρά, αυτό είναι αρκετά δαπανηρό για το κράτος, καθώς πρέπει να εξασφαλιστεί ένα ασφαλές περιβάλλον ανάπτυξης για τα παιδιά αυτά, αφετέρου αυτό θα είχε αποφεχθεί αν οι ψυχικά πάσχοντες λάμβαναν από κρατικούς φορείς την απαραίτητη ενημέρωση για τις μεθόδους αντισύλληψης που θα μπορούσαν να επιλέξουν σε περίπτωση που οι ίδιοι θεωρούσαν ότι δεν είναι σε θέση να προσφέρουν τη κατάλληλη ανατροφή σε ένα παιδί. Δεδομένης αυτής της κατάστασης, και λαμβάνοντας υπόψη τα δικαιώματα του ασθενή, κάθε περίπτωση είναι μοναδική, γι' αυτό προτείνεται η αρχή της ενήμερης συγκατάθεσης για την επιλογή μιας μεθόδου αντισύλληψης από τους ασθενείς των οποίων η κατάσταση τους επιτρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις υγείας. Εναλλακτικά, το ίδιο μπορεί να πραγματοποιηθεί από τους οικείους ή τους νομικούς εκπροσώπους, όταν καλούνται να λάβουν αποφάσεις για τον ασθενή. Ωστόσο, σε περιπτώσεις που οι ασθενείς βρίσκονται σε μία κατάσταση ανικανότητας από την οποία δεν μπορούν να επανέλθουν, δε θα έπρεπε να εξεταστεί το ενδεχόμενο της υποχρεωτικής στείρωσης, καθώς καταπατά το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Συπερασματικά καθίστανται επιβεβλημένες οι προσπάθειες δημιουργίας νέων ή βελτιωμένων μεθόδων αντισύλληψης, καθώς επίσης και η πρόσβαση των ψυχικά ασθενών σε κλινικές οικογενειακού προγραμματισμού, που θα έχουν ως στόχο την ενημέρωση τόσο για τα άτομα που επιλέγουν μια μέθοδο αντισύλληψης όσο και για αυτά που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν γνωστοποιώντας τους τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις που συνοδεύουν την ανατροφή ενός παιδιού.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Διεθνής σύμβαση για τα Δικαιώματα του παιδιού ΟΗΕ. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2101/1992 (ΦΕΚ Α 192). Κύρωση της Διεθνούς Σύμβασης για τα δικαιώματα του παιδιού. Η κυρωθείσα με τον παρόντα νόμο διεθνής σύμβαση, έχει τεθεί σε ισχύ στις 10.6.1993 σύμφωνα με την Ανακοίνωση υπ' αρ.Φ.0546/76/ΑΣ461/Μ.3980/1993 (ΦΕΚ Α 166).
2. Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. Γνώμη: Συναίνεση στη σχέση ιατρού - ασθενούς. 2010.
3. Κέντρο βρεφών Η Μητέρα. Παρουσίαση Έκθεσης Πεπραγμένων Ιανουαρίου - Δεκεμβρίου 2012.
4. ΚΙΔ (Ν3418/2005). Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. ΦΕΚ 287: 5391-5402.
5. Κολίσης ΦΝ, Παπαδημητρίου Γ, Λύκουρας Ε, Δουζένης Α, Θελερίτης Χ, Κάπτουλας Ε, Γκαράνη - Παπαδάτου Τ, Πολίτης Α, Σκαλτσή Π, Οικονόμου-Λαλιώτη Μ, Καρύδη ΜΒ, Χειλάκος Ι, Νομίδου ΝΕ, Σκόρδος Α, Τερζίδου Μ, Τσακλακίδου Δ, Λιάππας ΙΑ, Κοκκέβη Α, Τζινιέρη-Κοκκώση Μ, Μανουσέλης Σ, Σάλλα Τ, Λεωνίδου-Σακαλή
6. ΕΑ. Ψυχική υγεία: Σύγχρονες προσεγγίσεις - Προβληματισμοί. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Αθήνα, 2011: 199.
7. Κρέτση Δ, Καζαλάκη, Ε, Μελαδάκη Α. Οι επιπτώσεις της ανεπιθύμητης γονιμότητας στην νεαρή ηλικία. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας - Τμήμα Νοσηλευτικής - Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο. Πτυχιακή 2007.

Ξένη

1. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* (2012) 380 (9837): 111–25. doi:10.1016/S0140-6736(12)60478-4.
2. Beeck K. Emergency letters for children of mentally ill parents. Information and guidelines for parents and professionals who work with. 2011.

3. Beldie A, den Boer JA, Brain C, Constant E, Figueira ML, Filipcic I, et al. Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2012) 47(Suppl 1):1–38. doi: 10.1007/s00127-012-0491-z
4. *Buck v. Bell*. 274 U.S (1927) 200: 205-06.
5. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet* (2012) 380 (9837): 149–56. doi:10.1016/S0140-6736(12)60609-6
6. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* (2014) 134 (4): e1244-56.
7. Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms, Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Ending Discrimination Against People with Mental and Substance Use Disorders: The Evidence for Stigma Change*. Washington (DC): National Academies Press (US) (2016). doi: 10.17226/23442
8. Costello C. The Effect of Interval Tubal Sterilization on Sexual Interest and Pleasure. *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (2002) 100(3): 511–517.
9. Cunningham FG, Stuart GS. Contraception and sterilization". In B, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Bradshaw KD, Cunningham FG (eds.). *Williams gynecology* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Medica (2012) p. 132–69. ISBN 978-0-07-171672-7.
10. Dardas LA, Simmons LA. The stigma of mental illness in Arab families: a concept analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* (2015) 22(9):668–79. doi: 10.1111/jpm.12237
11. Edlin G, Golanty E, Brown KM. *Essentials for health and wellness* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett. (2000) p. 161. ISBN 978-0-7637-0909-9.
12. Edmonds DK, *Dewhurst's textbook of obstetrics & gynaecology* (8th ed.). Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell (2012) p. 508. ISBN 978-0-470-65457-6.
13. Faris N, Baroud E, Al Hariri M, Bachir R, El-Khoury J, Batley NJ. Characteristics and dispositional determinants of psychiatric emergencies in a University Hospital in Beirut. *Asian J Psychiatr* (2019) 42:42–7. doi: 10.1016/j.ajp.2019.03.024

14. Ferster EZ. Eliminating the Unfit-Is Sterilization the Answer?. *OHIO ST.* (1996) 17:591–592.
15. Haddad P, Haddad I. *Mental Health Stigma*. British Association for Psychopharmacology (BAP) Articles. (2015). Διαθέσιμο στο: <https://www.bap.org.uk/articles/mental-health-stigma/>.
16. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health* (2013) 103(5):777–80. doi: 10.2105/AJPH.2012.301056
17. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry* (2014) 1(6):467–82. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
18. Hofmeyr DG, & Abraham PG. The Influence of a Vasectomy on the Marital Relationship and Sexual Satisfaction of the Married Man. *Journal of Sex and Marital Therapy* (2002) 28:339–351.
19. Horsburg B. Schrodinger's Cat, Eugenics, and the Compulsory Sterilization of Welfare Mothers: Deconstructing an Old/New Rhetoric and Constructing the Reproductive Right to Natality for Low-Income Women of Color. *CARDOZO L. REV.* (1996) 17: 531–578.
20. <https://seps.gr/index.php>Κώδικας Δεοντολογίας - Σ.Ε.Ψ. - Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων
21. Jaegers EM. Modern judicial treatment of procreative rights of developmentally disabled persons: equal rights to procreation and sterilization. *J Fam Law.* (1992-1993) Fall;31(4):947-79. PMID: 11660196.
22. Jaegers EM. (quoting Rex Dunn, Comment), Eugenic Sterilization Statutes: A Constitutional Re-Evaluation, *J. FAM. L.* (1992-1993) 280, 281 n.6.
23. Karam EG, Karam GE, Farhat C, Itani L, Fayyad J, Karam AN, et al. Determinants of treatment of mental disorders in Lebanon: barriers to treatment and changing patterns of service use. *Epidemiol Psychiatr Sci* (2019) 28(6):655–61. doi: 10.1017/S2045796018000422
24. Lavin C, Cox JE. Teen pregnancy prevention: current perspectives. *Current Opinion in Pediatrics* (2012) 24 (4): 462–9. doi:10.1097/MOP.0b013e32835555bee

25. Laurinck B, Ettenreich-Koschinsky A, Ruth U. Supporting the Children of Mentally Ill Parents. 7th Hope Congress, Munich. 2010.
26. Leslie-Miller L, From Bell to Bell: Responsible Reproduction in the Twentieth Century, *J. CONTEMP. LEGAL ISSUES* (1997) 27: 123–125.
27. Levenson JL. Legal issues in the Interface of Medicine and Psychiatry 2013.
28. Li J, Zhang MM, Zhao L, Li WQ, Mu JL, Zhang ZH. Evaluation of attitudes and knowledge toward mental disorders in a sample of the Chinese population using a web-based approach. *BMC Psychiatry* (2018) 18(1):367. doi: 10.1186/s12888-018-1949-7
29. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol* (2001) 27:363–85. doi: 10.1146/annurev.soc.27.1.363
30. Lin L, Wu S, Zhu C, Fan Q, Liu K, Sun G. Psychological Effects of Sterilization. *Contraception* (1996) 54 (6): 345–357. doi:10.1016/s0010-7824(96)00200-4. PMID 8968663
31. Mansour D, Gemzell-Danielsson K, Inki P, Jensen JT. Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception* (2011) 84 (5): 465–77. doi:10.1016/j.contraception.2011.04.002
32. Marnach ML, Long ME, Casey PM. Current issues in contraception. *Mayo Clinic Proceedings* (2013) 88 (3): 295–9. doi:10.1016/j.mayocp.2013.01.007.
33. Martinez-Hernaez A, Pie-Balaguer A, Serrano-Miguel M, Morales-Saez N, Garcia-Santesmases A, Bekele D, et al. The collaborative management of antipsychotic medication and its obstacles: A qualitative study. *Soc Sci Med* (2020) 247:112811. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.112811
34. Millard C, Wessely S. Parity of esteem between mental and physical health. *BMJ* (2014) 349:g6821. doi: 10.1136/bmj.g6821
35. Oexle N, Rusch N. [Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior : Implications for suicide prevention]. *Nervenarzt* (2018) 89(7):779–83. doi: 10.1007/s00115-017-0450-8

36. Philliber SG, & Philliber W. Social and psychological perspectives on voluntary sterilization: A review. *Studies in Family Planning* (1985) 16 (1): 1–29. doi:10.2307/1965814. JSTOR 1965814
37. Phyllis EW. Seeking Zero Growth: Population Policy in China and India. *Graduate Journal of Asia-Pacific Studies*. 6.2 (2008): 10–32.
38. *Planned Parenthood of Se. Pa. v. Casey*. 505 U.S. (1992) 833–849.
39. *Roe v. Wade*. 410 U.S. (1973) 113
40. Recommendation No. REC 2004. 10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Council of Europe. Committee of Ministers Rec 2004.
41. Rossler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Rep* (2016) 17(9):1250–3. doi: 10.15252/embr.201643041
42. Savell, K. Sex and the Sacred: Sterilization and bodily integrity in English and Canadian Law. *McGill Law Journal* 2004, 49: 1093-1141.
43. Shrivastava A, Johnston M, Bureau Y. Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monogr* (2012) 10(1):70–84. doi: 10.4103/0973-1229.90181
44. Sholapurkar SL. Is there an ideal interpregnancy interval after a live birth, miscarriage or other adverse pregnancy outcomes? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2010) 30 (2): 107–10. doi:10.3109/01443610903470288
45. Sickel AE, Seacat JD, Nabors NA. Mental health stigma update: A review of consequences. *Adv Ment Health* (2014) 12(3):202–15. doi: 10.1080/18374905.2014.11081898
46. Song J, Mailick MR, Greenberg JS. Health of parents of individuals with developmental disorders or mental health problems: Impacts of stigma. *Soc Sci Med* (2018) 217:152–8. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.09.044

47. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al. Real-World Effectiveness of Antipsychotic Treatments in a Nationwide Cohort of 29823 Patients With Schizophrenia. *JAMA Psychiatry* (2017) 74(7):686–93. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1322
48. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* (2011) 83 (5): 397–404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021.
49. Tyrer P, Sharfstein S, O'Reilly R, Allison S, Bastiampillai T. Psychiatric hospital beds: an Orwellian crisis. *Lancet* (2017) 389(10067):363. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30149-6
50. Veloyianni L. Moral and social problems related to the sterilization of the mentally retarded but sexually active persons. *Ann Clin Pediatr Univ Atheniensis* 2004, 51: 133-138.
51. Verbeke E, Vanheule S, Cauwe J, Truijens F, Froyen B. Coercion and power in psychiatry: A qualitative study with ex-patients. *Soc Sci Med* (2019) 223:89–96. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.01.031
52. WHO resource_book on mental health. Human rights and Legislation. Stop Exclusion, dare to care. *Limitation of Rights* 2005: 16-17.
53. Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, et al. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci* (2019) 6(3):343–8. doi: 10.1016/j.ijnss.2019.04.002
54. Zite N. & Sonya B. Female Sterilisation in the United States. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (2011) 16: 336–340.
55. Zolezzi M, Alamri M, Shaar S, Rainkie D. Stigma associated with mental illness and its treatment in the Arab culture: A systematic review. *Int J Soc Psychiatry* (2018) 64(6):597–609. doi: 10.1177/0020764018789200