

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**  
**Βιοηθική και Ιατρική Ηθική**

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**



**Εφαρμοσμένη Ψυχιατρική Δεοντολογία**  
**Λάμπρος Σαμαρτζής**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**  
**Μαρία Χωριανοπούλου**

**Ιανουάριος 2023**

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**  
**Βιοηθική και Ιατρική Ηθική**

**Μεταπτυχιακή Διατριβή**

**Εφαρμοσμένη Ψυχιατρική Δεοντολογία**  
**Λάμπρος Σαμαρτζής**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**  
**Μαρία Χωριανοπούλου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Βιοηθική και Ιατρική Ηθική από τη Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Ιανουάριος 2023**



## Περίληψη

Τα δεοντολογικά θέματα που πραγματεύονται οι κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας μπορούν αδρά να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τις υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς τους ασθενείς, τις υποχρεώσεις προς την ψυχιατρική κοινότητα και τις υποχρεώσεις προς την κοινωνία. Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν γενικά θέματα που είναι κοινά σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες με πρόσθετες ψυχιατρικές πτυχές, τα ειδικά ψυχιατρικά θέματα και οι σύγχρονες βιοηθικές προκλήσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η σύνοψη και κλινική ανάλυση των δεοντολογικών θεμάτων όπως προσεγγίζονται από τους σημαντικούς διεθνώς αποδεκτούς κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας.

Σε ότι αφορά τις υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς τον ασθενή οι κώδικες εστιάζουν στην υποχρέωση αγαθοπραξίας, μη-βλάβης, αυτονομίας του ασθενούς, δικαιοσύνης με την έννοια της ισότιμης πρόσβασης, ορίων της θεραπευτικής σχέσης, εγκυρότητας της συγκατάθεσης, υποχρεωτικότητας θεραπείας του μη-αυτόνομου ασθενούς στο νοσοκομείο και στην κοινότητα, ιατρικό απόρρητο και περιπτώσεις άρσης αυτού, συνεργασία με συγγενείς και με τη διεπαγγελματική ομάδα, σύγκρουση συμφερόντων. Σύγχρονα και ειδικά θέματα είναι η ευθανασία και η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, η επιλογή φύλου στην αναπαραγωγική διαδικασία, οι ΛΟΑΤΚΙ ασθενείς, οι επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις, η δεοντολογία στη δικανική ψυχιατρική και στην ψυχιατρική στις φυλακές, η διασυνδεδετική ψυχιατρική και η ψυχιατρική των εξαρτήσεων, ο ανήλικος ασθενής, ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς.

Σε ότι αφορά τις υποχρεώσεις προς την ψυχιατρική κοινότητα τα σημαντικότερα θέματα είναι η επιστημονική επάρκεια του ψυχιάτρου, η υποχρέωση για ανάπτυξη της ψυχιατρικής, οι κανόνες της ψυχιατρικής έρευνας, η εκπαίδευση φοιτητών και ειδικευομένων, η δια βίου εκπαίδευση του ψυχιάτρου, οι υποχρεώσεις προς συναδέλφους, η συνεργασία με συναδέλφους, η υγεία του ψυχιάτρου.

Σε ότι αφορά τις υποχρεώσεις προς την κοινωνία, τα σημαντικότερα θέματα είναι η αποφυγή διακρίσεων, τα δικαιώματα του ασθενούς, η ισότιμη πρόσβαση, η αντιμετώπιση του στίγματος που επηρεάζει την προσβασιμότητα και την έκβαση, η υποχρέωση για κοινωνική προσφορά, η συμβολή στη δημόσια ψυχική υγεία, η συμπεριφορά στα μήντια, η υποχρέωση για διάδοση της ψυχιατρικής γνώσης. Σύγχρονα και ειδικά θέματα είναι η άσκηση τηλεψυχιατρικής, η συμπεριφορά στα κοινωνικά δίκτυα, η διαπολιτισμική ψυχιατρική, οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες προσφύγων και αιτητών ασύλου, η αποφυγή εργαλειοποίησης της ψυχιατρικής για πολιτικούς λόγους.

Συμπερασματικά η γνώση και τήρηση και εξέλιξη των δεοντολογικών κανόνων είναι απαραίτητη για τη σωστή άσκηση της ψυχιατρικής και την επίτευξη του κύριου στόχου της, που είναι η υγεία και ευημερία του ασθενούς αλλά και της κοινωνίας μέσα από την προαγωγή της δημόσιας ψυχικής υγείας. Η εκπαίδευση στην ψυχιατρική δεοντολογία, είναι

καθοριστικός παράγοντας αύξησης της ποιότητας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχει ανάγκη ο ψυχικά πάσχοντας.

## Summary

The ethical issues addressed by codes of psychiatric ethics can be roughly classified into three broad categories: the psychiatrist's obligations to patients, obligations to the psychiatric community, and obligations to society. In each category there are the general issues common to all medical specialties, the specific psychiatric issues and contemporary bioethical challenges. The purpose of the study is the summary and clinical analysis of the ethical issues as approached by the major internationally accepted codes of psychiatric ethics.

Regarding the psychiatrist's obligations to the patient, the codes focus on the obligation of beneficence, non-harm, patient autonomy, justice in the sense of equal access, limits of the therapeutic relationship, validity of consent, obligation to treat the non-autonomous patient in hospital and in the community, medical confidentiality and cases of its lifting, cooperation with relatives and with the interprofessional team, conflict of interest. Contemporary and special topics are euthanasia and assisted suicide, sex selection in the reproductive process, LGBTI patients, psychiatric emergencies, ethics in forensic psychiatry and prison psychiatry, intersectional psychiatry and addiction psychiatry, the juvenile patient, the electronic patient file.

Regarding the obligations to the psychiatric community, the most important issues are the scientific competence of the psychiatrist, the obligation to develop psychiatry, the rules of psychiatric research, the education of students and specialists, the lifelong education of the psychiatrist, the obligations to colleagues, the cooperation with colleagues, the psychiatrist's health.

In terms of obligations to society, the most important issues are non-discrimination, patient rights, equal access, tackling stigma that affects accessibility and outcome, the obligation to contribute to society, contributing to public mental health, behavior in the media, the obligation to disseminate psychiatric knowledge. Contemporary and special topics are the practice of telepsychiatry, behavior in social networks, cross-cultural psychiatry, vulnerable social groups of refugees and asylum seekers, avoiding instrumentalization of psychiatry for political reasons.

In conclusion, the knowledge and observance and development of ethical rules is necessary for the correct practice of psychiatry and the achievement of its main goal, which is the health and well-being of the patient and society through the promotion of public mental health. Training in psychiatric ethics is a decisive factor in increasing the quality of mental health services that the mentally ill need.

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ Μαρία Χωριανοπούλου καθώς και τους καθηγητές Δρ Ευάγγελο Πρωτοπαπαδάκη και Δρ Παναγιώτη Κορμά για τη συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Μαρία, τη Ζωή, τη Χαρά και τη Σοφία που με τον τρόπο τους με βοήθησαν στη σκέψη και στη συγγραφή.

# Περιεχόμενα

Εισαγωγή .....	1
Κεφάλαιο 1 .....	5
Υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς τον ασθενή .....	5
1.1 Αγαθοπραξία .....	5
1.1.1 Αγαθοπραξία και ανθρώπινα δικαιώματα .....	6
1.1.2 Αγαθοπραξία χωρίς διακρίσεις.....	7
1.1.3 Άρνηση θεραπείας και αγαθοπραξία .....	8
1.1.4 Συγγενείς του ασθενούς και αγαθοπραξία .....	10
1.1.5 Σύγκρουση συμφερόντων και αγαθοπραξία.....	11
1.1.6 Αγαθοπραξία και επαγγελματισμός.....	12
1.1.7 Αγαθοπραξία και επιστημονικό πλαίσιο.....	12
1.1.8 Αγαθοπραξία και κοινωνικό στίγμα ψυχιατρικής διάγνωσης.....	13
1.2 Αποφυγή βλάβης.....	14
1.2.1 Αποφυγή βλάβης και ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπειών .....	15
1.2.2 Αποφυγή βλάβης και αποφυγή εκμετάλλευσης του ασθενούς.....	16
1.2.3 Αποφυγή βλάβης από στίγμα και διακρίσεις .....	17
1.2.4 Αποφυγή φυσικής βλάβης .....	18
1.2.5 Αποφυγή βλάβης και όρια θεραπευτικής σχέσης.....	20
1.2.6 Αποφυγή βλάβης και επαγγελματική συμπεριφορά.....	21
1.2.7 Αποφυγή βλάβης και σύγκρουση συμφερόντων.....	21
1.2.8 Αποφυγή κοινωνικής/πολιτικής βλάβης.....	22
1.3 Αυτονομία .....	22
1.3.1 Αυτονομία και λήψη συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση .....	23
1.3.2 Ο μη-αυτόνομος ασθενής .....	28
1.3.3 Αυτονομία και εμπιστευτικότητα .....	32
1.3.4 Αυτονομία χωρίς διακρίσεις .....	33
1.4 Δικαιοσύνη.....	33



1.5 Όρια της θεραπευτικής σχέσης .....	34
1.6 Ιατρικό απόρρητο - Εμπιστευτικότητα .....	35
1.7 Εγκυρότητα συγκατάθεσης .....	43
1.8 Επείγουσα ψυχιατρική και συναίνεση μετά από ενημέρωση .....	44
1.9 Υποχρεωτικές νοσηλείες στο ψυχιατρικό νοσοκομείο .....	45
1.10 Κοινωνική ψυχιατρική και υποχρεωτική νοσηλεία στην κοινότητα .....	47
1.11 Επικοινωνία και συνεργασία με συγγενείς του ασθενούς .....	48
1.12 Σύγκρουση συμφερόντων .....	50
1.13 Ευθανασία .....	51
1.14 Υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ψυχιατρική .....	56
1.15 Δικαστική Ψυχιατρική .....	57
1.16 Ψυχιατρική στις φυλακές .....	59
1.17 Δεοντολογία στην ψυχιατρική παιδιών και εφήβων .....	60
1.18 Δεοντολογία στην ψυχιατρική των εξαρτήσεων .....	62
1.19 Επιλογή φύλου και αναπαραγωγική ηθική .....	64
1.20 Δεοντολογία στη διασυνδεδετική ψυχιατρική .....	64
1.21 Δεοντολογία περί ΛΟΑΤΚΙ .....	65
1.22 Ψυχοθεραπείες και ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος .....	67
Κεφάλαιο 2 .....	69
Υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς την κοινωνία .....	69
2.1 Κοινωνική διάσταση της ψυχιατρικής .....	69
2.2 Αποφυγή διακρίσεων .....	71
2.3 Υποχρέωση για συμβολή του ψυχιάτρου στη δημόσια υγεία .....	71
2.4 Προσβασιμότητα σε ψυχιατρικές υπηρεσίες .....	74
2.5 Θρησκεία και ψυχιατρική .....	75
2.6 Σεβασμός στις ιδιαιτερότητες των μειονοτήτων .....	75
2.7 Υποχρέωση για διάδοση της ψυχιατρικής γνώσης .....	76
2.8 Διαπολιτισμική ψυχιατρική δεοντολογία .....	77
2.10 Αξιολόγηση των αιτητών ασύλου, προσφύγων, μεταναστών .....	79
2.11 Ο ψυχίατρος στα μήντια .....	80
2.12 Ψυχική και σωματική βία κατά τη διάρκεια ανακρίσεων ή βασανιστηρίων .....	84
2.13 Τηλεψυχιατρική .....	84

Κεφάλαιο 3 .....	86
Υποχρεώσεις προς τη ψυχιατρική κοινότητα .....	86
3.1 Υποχρεώσεις προς συναδέλφους .....	86
3.2 Υποχρεώσεις για τη διατήρηση και ανάπτυξη του επαγγέλματος.....	87
3.3 Ψυχιατρική Εκπαίδευση.....	89
3.4 Ψυχιατρική ειδικότητα και εκπαίδευση στην ψυχιατρική δεοντολογία.....	91
3.5 Επιστημονική επάρκεια ψυχιάτρων - δια βίου εκπαίδευση .....	92
3.6 Υποχρεώσεις προς την Ψυχιατρική επιστήμη.....	92
3.7 Ψυχιατρική Έρευνα, ρυθμιστικοί κανόνες .....	93
3.8 Δεοντολογία ψυχιατρικής έρευνας .....	95
3.9 Η ευημερία του ψυχιάτρου, ασφάλεια, υπερκόπωση, ποιότητα ζωής .....	100
Επίλογος.....	103
Βιβλιογραφία.....	106

# Εισαγωγή

Η ιατρική είναι επιστήμη και επάγγελμα αλλά κυρίως είναι λειτούργημα διότι ο ιατρός εξ' ορισμού είναι ταγμένος στην υπηρεσία του πολίτη και της κοινωνίας<sup>1</sup> (ΠΙΣ, 2013). Η άσκηση της ιατρικής ρυθμίζεται από ηθικές αρχές, οι οποίες έχουν καταγραφεί σε κώδικες δεοντολογίας. Ως βασικά κείμενα ιατρικής δεοντολογίας μπορούν να θεωρηθούν ο όρκος του Ιπποκράτη<sup>2</sup> (ΕΚΠΑ, 2022), η Διακήρυξη της Γενεύης (1948) που αποτελεί τη σύγχρονη εκδοχή του Όρκου του Ιπποκράτους (WMA, Declaration of Geneva, the modern Hippocratic Oath. World Medical Association., 1964), ο Κώδικας της Νυρεμβέργης (1948) (court, 1948) και η Διακήρυξη του Ελσίγκι (WMA, Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, World Medical Association., 1964) (1964, αναθεώρηση 2006) που αποτελεί τη σύγχρονη εκδοχή του κώδικα της Νυρεμβέργης. Νοείται ότι ο ιατρός κάθε ειδικότητας είναι υποχρεωμένος να σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα στο πλαίσιο της οικουμενικής διακήρυξης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ, 1948), στη βάση διαθέσιμης τεκμηρίωσης της στενής σχέσης και αλληλεπίδρασης μεταξύ βιοηθικής και ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Χωριανοπούλου, 2018).

---

<sup>1</sup> "Ο ιατρός είναι ταγμένος στην υπηρεσία της υγείας των πολιτών ως ατόμων και ως συνόλου και γιαυτό επιτελεί λειτούργημα που ρυθμίζεται με το νόμο και των επαγγελματικών του διατάξεων", (ΠΙΣ, 2013), σελ. 2.

<sup>2</sup> "“Ορκίζομαι στον Απόλλωνα τον Ιατρό και στον Ασκληπιό και στην Υγεία και στην πανάκεια και σ’ όλους τους Θεούς επικαλούμενος την μαρτυρία τους, να τηρήσω πιστά κατά τη δύναμη και την κρίση μου αυτό τον όρκο και το συμβόλαιό μου αυτό. Να θεωρώ αυτόν που μου δίδαξε αυτή την τέχνη ίσο με τους γονείς μου και να μοιραστώ μαζί μου τα υπάρχοντά μου και τα χρήματά μου αν έχει ανάγκη φροντίδας. Να θεωρώ τους απογόνους του ίσους με τ’ αδέρφια μου και να τους διάξω την τέχνη αυτή αν θέλουν να τη μάθουν, χωρίς αμοιβή και συμβόλαιο και να μεταδώσω με παραγγελίες, οδηγίες και συμβουλές όλη την υπόλοιπη γνώση μου και στα παιδιά μου και στα παιδιά εκείνου με δίδαξε και στους άλλους μαθητές που έχουν κάνει γραπτή συμφωνία μαζί μου και σ’ αυτούς που έχουν ορκισθεί στον ιατρικό νόμο και σε κανέναν άλλο και να θεραπεύω τους πάσχοντες κατά τη δύναμή μου και την κρίση μου χωρίς ποτέ, εκουσίως, να τους βλάψω ή να τους αδικήσω. Και να μη δώσω ποτέ σε κανένα, έστω κι αν μου το ζητήσει, θανατηφόρο φάρμακο, ούτε να δώσω ποτέ τέτοια συμβουλή. Ομοίως να μη δώσω ποτέ σε γυναίκα φάρμακο για ν’ αποβάλει. Να διατηρήσω δε τη ζωή μου και την τέχνη μου καθαρή και αγνή. Και να μη χειρουργήσω πάσχοντες από λίθους αλλά ν’ αφήσω την πράξη αυτή για τους ειδικούς. Και σ’ όποια σπίτια κι αν μπω, να μπω για την ωφέλεια των πασχόντων αποφεύγοντας κάθε εκούσια αδικία και βλάβη και κάθε γενετήσια πράξη και με γυναίκες και με άνδρες, ελεύθερους και δούλους. Και ό,τι δω ή ακούσω κατά την άσκηση του επαγγέλματός μου, ή κι εκτός, για τη ζωή των ανθρώπων, που δεν πρέπει ποτέ να κοινοποιηθεί, να σιωπήσω και να το τηρήσω μυστικό. Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είθε ν’ απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά". (ΕΚΠΑ, 2022)

Η ψυχιατρική είναι ειδικότητα της ιατρικής συνεπώς κατά την άσκηση της ο ψυχίατρος δεσμεύεται από τους γενικούς κώδικες ιατρικής δεοντολογίας<sup>3</sup> (EPA, 2021) και επιπροσθέτως από τους προσαρμοσμένους στην ψυχιατρική κώδικες δεοντολογίας. Ειδικότερα, η ψυχιατρική είναι η ιατρική ειδικότητα που αντικείμενο και σκοπό έχει την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση των ψυχικών διαταραχών και των ψυχικών εκδηλώσεων των σωματικών παθήσεων, αλλά και την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε κοινωνικό επίπεδο. Για την υλοποίηση των σκοπών της ψυχιατρικής ο ψυχίατρος συνεργάζεται με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με τις οικογένειες των ασθενών, με τους φροντιστές, με μη-κυβερνητικές οργανώσεις που εργάζονται για την ψυχική υγεία, και με το κοινό, με σκοπό την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο<sup>4</sup> (WPA, 2020). Ο ψυχικά ασθενής παρουσιάζει σημαντικές ιδιαιτερότητες που σχετίζονται με τη φύση της ψυχοπαθολογίας, δηλαδή τη διαταραχή αντίληψης, σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς. Είναι αυτές οι ιδιαιτερότητες της ψυχικής νόσου που δημιουργούν ιδιαίτερες καταστάσεις και διλήμματα βιοηθικής και δεοντολογίας και δημιουργούν την ανάγκη δημιουργίας κώδικα ψυχιατρικής και δεοντολογίας από τις επιστημονικές εταιρείες ψυχιατρικής.

Ο προσωπικός κώδικας ηθικής μπορεί να είναι διαφορετικός για κάθε ψυχίατρο αλλά η ψυχιατρική δεοντολογία είναι κοινή για όλους αφού αποτελεί κοινό επαγγελματικό/επιστημονικό κώδικα ηθικής δεσμευτικό για όλα τα μέλη της επιστημονικής εταιρείας ή ιδανικά για όλους τους ψυχιάτρους. Η ψυχιατρική δεοντολογία είναι ο κώδικας ο οποίος εξηγεί με σαφήνεια τι πρέπει να γίνει στις περιπτώσεις όπου προκύπτουν σημαντικά βιοηθικά διλήμματα. Οι κώδικες δεοντολογίας καθορίζουν τη συμπεριφορά του ψυχιάτρου κατά την άσκηση της ψυχιατρικής και όχι τη συμπεριφορά του ως πολίτη<sup>5</sup>.

Ο ψυχίατρος κατά την πορεία της αξιολόγησης και της θεραπείας συχνά μαθαίνει από τον ασθενή για προσωπικές και κοινωνικές συμπεριφορές του ασθενούς οι οποίες, ενδεχομένως, μπορεί να μη συνάδουν με τον προσωπικό του κώδικα ηθικής, όπως για

---

<sup>3</sup> "Psychiatrists must uphold the responsibilities and ethical demands of the medical profession and specific to psychiatry and working with mental health." (EPA, 2021), σελ 1.

<sup>4</sup> Ορισμός της Ψυχιατρικής από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία " (WPA, 2020)", σελ 2.

<sup>5</sup> Διαφοροποίηση του ψυχιάτρου ως επαγγελματία από τον ψυχίατρο ως πολίτη, (WPA, 2020), σελ. 2.

παράδειγμα εναλλακτικές σεξουαλικές συμπεριφορές, διαζύγιο, προγαμιαίες σχέσεις, εξωσυζυγικές ρομαντικές/σεξουαλικές σχέσεις, εκτρώσεις, ακραίες θρησκευτικές και πολιτικές επιλογές του ασθενή. Οι επιλογές του ασθενή στη βάση του προσωπικού κώδικα ηθικής δεν πρέπει να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ψυχιάτρου, ο οποίος πρέπει να ασκεί το θεραπευτικό λειτούργημα ανεπηρέαστος και χωρίς να παρεμβαίνει στον προσωπικό κώδικα ηθικής του ασθενούς<sup>6</sup> (CMA, 2002). Δηλαδή η ψυχιατρική παρέμβαση πρέπει να έχει ψυχιατρικό και όχι ηθικοπλαστικό χαρακτήρα.

Νοείται ότι ο ψυχίατρος μπορεί να αναγνωρίζει τις συμπεριφορές που δεν συνάδουν με τον προσωπικό του κώδικα ηθικής καθώς και τα συναισθήματα που του προκαλούν. Σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής τον καλέσει να βοηθήσει στη λήψη προσωπικής τέτοιας απόφασης, ο ψυχίατρος αποφασίζει αν θα εμπλακεί στην απόφαση ή αν θα τον ενθαρρύνει να αποφασίσει μόνος του. Ενίοτε ο ψυχίατρος καλείται να πάρει θέση, όταν το θέμα εμπλέκεται και αφορά τον ασθενή και τον "σημαντικό άλλο" με τρόπο που επηρεάζει άμεσα τη θεραπευτική διαδικασία. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή ότι δημιουργείται σύγκρουση με την προσωπική του ηθική αλλά ότι η συμβουλή είναι ανεπηρέαστη και συνάδει με τα θεραπευτικά συμφέροντα του ασθενούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνεται διακριτή η διαφορά μεταξύ κώδικα προσωπικής ηθικής και κώδικα επαγγελματικής δεοντολογίας.

Η ψυχιατρική ηθική όπως και η ιατρική ηθική βασίζεται σε τέσσερις πυλώνες: Αγαθοπραξία, Μη-βλάβη, Αυτονομία, Δικαιοσύνη. Οι αρχές αυτές και επιμέρους απορρέοντες κανόνες ενίοτε συγκρούονται μεταξύ τους και τότε δημιουργούνται ηθικά διλήμματα για τον ψυχίατρο που καλείται να βάλει προτεραιότητες και να επιλύσει το τρέχον κλινικό πρόβλημα στην προσπάθειά του να βοηθήσει τον ασθενή. Ο ψυχίατρος καλείται να αποφασίζει εξατομικευμένα, θέτοντας ηθικές προτεραιότητες και δικαιολογώντας την κάθε κλινική απόφασή του, επηρεαζόμενος αναπόφευκτα και από τις προσωπικές δεοντοκρατικές, ωφελιμιστικές, αρετοκρατικές προσεγγίσεις.

---

<sup>6</sup> In dealing with patients, psychiatrists not infrequently encounter social behaviours (for example, abortion, sexual conduct, divorce, drug use, or extramarital infidelity) that may not be in keeping with their own moral standards. Ethical psychiatrists will recognize their own personal moral bias and refrain from allowing it to interfere with their professional judgement in the management of a psychiatric problem. (CMA, 2002), σελ 3.

Η παρούσα μελέτη συνοψίζει τα βασικά δεοντολογικά θέματα από τους βασικούς κώδικες ψυχιατρικής ηθικής και δεοντολογίας που δημιουργήθηκαν ως αποτέλεσμα συλλογικής εργασίας και χρησιμοποιούνται σε διεθνές επίπεδο και έχει σκοπό να αναλύσει και καταστήσει κατανοητή την εφαρμογή των δεοντολογικών κανόνων στο επίπεδο της καθημερινής κλινικής πρακτικής.

# Κεφάλαιο 1

## Υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς τον ασθενή

Από τη μελέτη των δημοσιευμένων κωδίκων ψυχιατρικής δεοντολογίας διαπιστώνεται ότι τέσσερις βασικές δεοντολογικές αρχές είναι κοινές και αποτελούν τη ραχοκοκαλιά κάθε κώδικα, ενώ στην περίπτωση της ψυχιατρικής παρουσιάζουν επιπρόσθετες πτυχές. Αυτές είναι η Αγαθοπραξία, η Μη-Βλάβη, η Αυτονομία και η Δικαιοσύνη. Είναι οι βασικές υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς τον ασθενή. Αυτό είναι αναμενόμενο από τη στιγμή που η ψυχιατρική είναι μία από τις ειδικότητες της ιατρικής. Σημαντικά θέματα της ψυχιατρικής δεοντολογίας όπως τα όρια της θεραπευτικής σχέσης, το ιατρικό απόρρητο και η έγκυρη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του ασθενούς, απορρέουν και βρίσκονται σε στενή σύνδεση με τις τέσσερις βασικές υποχρεώσεις. Οι σύγχρονοι κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας επεκτείνονται πέρα από τις τέσσερις βασικές αρχές και περιλαμβάνουν σύγχρονα και ειδικά θέματα που αφορούν και καθορίζουν την ψυχιατρική πρακτική.

### 1.1 Αγαθοπραξία

Η υποχρέωση για αγαθοπραξία ανέκαθεν ήταν η κύρια ηθική υποχρέωση κάθε γιατρού και περιλαμβάνεται ως κυρίαρχη έννοια στον Ιπποκρατικό όρκο (ωφελείν ή μη βλάπτειν) (ΕΚΠΑ, 2022). Η αγαθοπραξία στην ψυχιατρική είναι η υποχρέωση του ψυχιάτρου να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, παρέχοντας του επαρκή ψυχιατρική φροντίδα με ενσυναίσθηση και αφοσίωση<sup>7</sup>. Η αγαθοπραξία είναι βασική υποχρέωση του ψυχιάτρου κατά την άσκηση της ψυχιατρικής κλινικής πρακτικής, πράγμα που συνεπάγεται ότι κάθε ψυχίατρος είναι ηθικά υποχρεωμένος να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή του.

---

<sup>7</sup> "Psychiatrists provide competent and compassionate medical care with devotion to the interest of their patients". Ο ψυχίατρος πρέπει να παρέχει ποιοτική φροντίδα αλλά ταυτόχρονα να είναι συμπνετικός και να έχει ενσυναίσθηση προς τον ασθενή του. (WPA, 2020), σελ. 3.

Στη σύγχρονη εποχή η έννοια της αγαθοπραξίας έχει ενσωματώσει την άσκηση επιστημονικά τεκμηριωμένης ιατρικής: ο ψυχίατρος οφείλει να επιδιώκει την ευημερία των ασθενών του, υπό το φως της καλύτερης διαθέσιμης επιστημονικής τεκμηρίωσης και της κλινικής εμπειρίας (WPA, 2020).

Η αγαθοπραξία τοποθετείται πρώτη μεταξύ ίσων στις αρχές της ιατρικής δεοντολογίας: Η πρώτη προτεραιότητα του ψυχιάτρου είναι η ευημερία του ασθενή του<sup>8</sup> (CMA, 2002). Αυτή η προτεραιότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική ειδικά στις περιπτώσεις σύγκρουσης μεταξύ βιοηθικών αρχών, όπως στη σύγκρουση μεταξύ αγαθοπραξίας και αυτονομίας. Οι δεοντολογική σύγκρουση επιλύεται με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

Ο ψυχίατρος στην προσπάθεια του για αγαθοπρακτική ψυχιατρική, πρέπει να χτίζει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή του η οποία να χαρακτηρίζεται από επαγγελματισμό και να βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και ειλικρίνεια. Στο πλαίσιο αυτής της σχέσης, όταν η θεραπευτική ή/και η διαγνωστική διαδικασία εμπεριέχει κινδύνους, ο ψυχίατρος οφείλει να τους παρουσιάσει και να τους συζητήσει ανοιχτά, έντιμα και ειλικρινά με τον ασθενή του, επομένως η ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί, μεταξύ άλλων, αγαθοπρακτική υποχρέωση.

Σε όλη τη διαδικασία αξιολόγησης και θεραπείας του ασθενούς, ο ψυχίατρος οφείλει να τον ενημερώνει να τον συμβουλεύει και να τον κατευθύνει αναλόγως στοχεύοντας στην εξασφάλιση της ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής, πνευματικής, πολιτισμικής υγείας και ευημερίας του ασθενούς ή/και να τον παραπέμπει αναλόγως όταν προκύπτει ανάγκη άλλης θεραπείας πέρα από την ψυχιατρική θεραπεία, όπως παράλληλης θεραπείας σωματικής νόσου.

### **1.1.1 Αγαθοπραξία και ανθρώπινα δικαιώματα**

Η έννοια της αγαθοπραξίας στη σύγχρονη εποχή συμπεριλαμβάνει και τα ανθρώπινα δικαιώματα, τα οποία αποτελούν σχετικά πρόσφατα επιτεύγματα του ηθικού και νομικού πολιτισμού. Η συμπερίληψη της προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις αγαθοπρακτικές πρακτικές είναι απαραίτητη στο βαθμό που η καταπάτηση τους σχετίζεται

---

<sup>8</sup> "Consider first the well-being of the patient." (CMA, 2002), σελ. 1.



με κοινωνικό στρες -σε επίπεδο ατόμου η κοινωνικής ομάδας- το οποίο δημιουργεί προϋποθέσεις ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών ή υποτροπής σταθεροποιημένων χρονίως πασχόντων.

Στο πλαίσιο αυτό, ο ψυχίατρος οφείλει να συνηγορεί υπέρ των θεραπευτικών συμφερόντων των ασθενών για τη λήψη της κατάλληλης ψυχιατρικής φροντίδας μέσα σε πλαίσιο σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων εργασίας, ιδιωτικότητας, αυτόνομης διαβίωσης και αναπαραγωγής των ψυχικά ασθενών τα οποία παλιότερα δεν γίνονταν ευρέως σεβαστά.

### **1.1.2 Αγαθοπραξία χωρίς διακρίσεις**

Ο ψυχίατρος οφείλει να παρέχει ισότιμη ψυχιατρική φροντίδα στους ασθενείς χωρίς διακρίσεις στη βάση φύλου, φυλής, εθνότητας, εθνικότητας, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, ταυτότητας φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων.

Νοείται ότι ο ψυχίατρος οφείλει να παρέχει επαρκή και ποιοτική φροντίδα στον ασθενή, όποιο και αν είναι το νομικό στάτους του ασθενή (ελεύθερος, κατηγορούμενος, υπόδικος, καταδικασθέντας), και ανεξάρτητα από το περιβάλλον και το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία.

Ο ψυχίατρος οφείλει σε κάθε περίπτωση να σέβεται και να λαμβάνει υπόψη του στο θεραπευτικό σχεδιασμό την κουλτούρα των ασθενών του (WPA, 2020). Σε περιπτώσεις όπου η κουλτούρα και η γλώσσα του ασθενούς είναι άγνωστη στον ψυχίατρο, αυτός οφείλει να εξασφαλίσει υποστήριξη από άλλους συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες όπως για παράδειγμα από πολιτισμικό διαμεσολαβητή (cultural interpreter) ή/και μεταφραστή ή/και να ζητήσει βοήθεια/υποστήριξη από συνάδελφο με εμπειρία στη διαπολιτισμική ψυχιατρική, όπου αυτό είναι εφικτό<sup>9</sup> (EPA, 2021). Οι ανάγκες αυτές προκύπτουν συχνά σε διαπολιτισμικό περιβάλλον και στη θεραπεία προσφύγων και μεταναστών. Η μη γνώση της

---

<sup>9</sup> "In communications with patients, psychiatrists should be able to understand their patient to overcome language and cultural barriers in addition to ensuring to giving security, attention, and time according to the patient's condition, within available resources." (EPA, 2021), σελ. 2.

κουλτούρας του ασθενούς δεν αποτελεί, επομένως, επαρκές ηθικό επιχείρημα για άρνηση θεραπείας.

### **1.1.3 Άρνηση θεραπείας και αγαθοπραξία**

Ο ψυχίατρος δεν είναι υποχρεωμένος να αναλάβει τη θεραπεία κάθε ασθενούς που προσέρχεται, με ή χωρίς παραπεμπτικό, και αυτό δεν συγκρούεται απαραίτητα με την αγαθοπραξία (WPA, 2020). Συνήθως πρόκειται για περιστατικά που ξεφεύγουν από το γνωστικό πεδίο και την εμπειρογνωμοσύνη του ψυχιάτρου ή που λόγω φόρτου εργασίας ο ψυχίατρος αναγνωρίζει ότι δεν δύναται να τους παρέχει την απαιτούμενη ποιοτική φροντίδα που χρειάζονται σε βάθος χρόνου. Σε περίπτωση που δε μπορεί να αναλάβει οφείλει να αρνηθεί τεκμηριωμένα και να παραπέμψει καταλλήλως τον ασθενή κάνοντας τις αναγκαίες διευθετήσεις και διευκολύνσεις όπου χρειάζεται<sup>10</sup>. Αυτές μπορεί να απαιτούν καθοδήγηση και παραπομπή, προφορική ή γραπτή.

Στην περίπτωση που αναλάβει τη θεραπεία του ασθενούς, ο ψυχίατρος δεν έχει υποχρέωση να παρέχει την οποιαδήποτε θεραπεία του ζητά ο ασθενής εφόσον κατά την επιστημονική γνώμη του αυτή δεν θα είναι ωφέλιμη ή/και μπορεί να αποβεί επιζήμια, ακόμα και όταν ο ασθενής επιμένει (CPI, 2019)<sup>11</sup>. Η πραγματοποίηση θεραπείας που επιστημονικά δεν ενδείκνυται, με το επιχείρημα ότι αποτελεί επιθυμία του ασθενούς, έρχεται σε αντίθεση με τη βασική αγαθοπρακτική υποχρέωση. Παρόλα αυτά η γνώμη του ασθενή για κάθε θεραπεία πρέπει να ζητηθεί και να συζητηθεί. Νοείται ότι ο ψυχίατρος μπορεί να διακόψει στην πορεία τη θεραπεία ασθενούς που έχει αναλάβει, για καλά τεκμηριωμένους λόγους - συνήθως αν διαπιστωθεί ότι ο ασθενής χρειάζεται κάποιου άλλου είδους θεραπεία που δεν μπορεί να του παράσχει- και αφού τον ενημερώσει, εξασφαλίσει συγκατάθεση και κάνει τις αναγκαίες διευθετήσεις παραπομπής σε κατάλληλο γιατρό<sup>12</sup> (CMA, 2002).

---

<sup>10</sup> " This article does not preclude psychiatrists' refusing to accept the care of patients to shape their practices according to their skills and interests" (CMA, 2002)

<sup>11</sup> "The psychiatrist may ethically refuse to provide any treatment at the request of a patient or other party which the psychiatrist believes would be ineffective, inappropriate, or potentially harmful." (CPI, 2019), page 8.

<sup>12</sup> "The termination of care should be adequately explained to a patient beforehand, and the available alternatives should be discussed." (CMA, 2002) σελ. 3.

Ο ψυχίατρος οφείλει να είναι διαθέσιμος όταν τον έχει ανάγκη ο ασθενής του, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό και ανάλογο με το θεραπευτικό πλαίσιο. Όταν δε μπορεί να είναι διαθέσιμος, για προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους, οφείλει να κάνει τις απαραίτητες διευθετήσεις για εξασφάλιση προσωρινού ή μόνιμου αντικαταστάτη, ώστε ο ασθενής να μη μείνει χωρίς την απαραίτητη ψυχιατρική φροντίδα. Όταν ο ψυχίατρος παραπέμπει τον ασθενή του σε άλλο συνάδερφο ή υπηρεσία ή κλινική δομή, οφείλει να παρέχει την απαραίτητη κλινική ενημέρωση στο συνάδελφο θεραπευτή, προφορικά ή με εμπιστευτικό ενημερωτικό ιατρικό σημείωμα και αυτό αποτελεί απαραίτητο κομμάτι μιας ολοκληρωμένης διαδικασίας παραπομπής.

Γίνεται αντιληπτό ότι στην κλινική ιατρική οι συμπράξεις και συνεργασίες του ψυχιάτρου με άλλους συναδέλφους είναι απαραίτητες, προκειμένου να εξασφαλίσει ο ασθενής ολόχρονα και σταθερά τη βέλτιστη φροντίδα. Ο ψυχίατρος οφείλει να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους γιατρούς και γενικότερα με άλλους επαγγελματίες υγείας, συντονισμένα, με σταθερότητα συνέπεια και αποτελεσματικότητα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας του ασθενή του. Η συνεργασία πρέπει να γίνεται με διαφάνεια, με τη συγκατάθεση του ασθενούς, χωρίς ο ψυχίατρος να κρατά κρυφές από τους συναδέλφους του τις διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους που χρησιμοποιεί στον υπό συζήτηση ασθενή. Ο ψυχίατρος πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει αφενός τα όρια της προσωπικής επιστημονικής του γνώσης και αφετέρου τα όρια της ψυχιατρικής επιστήμης στη θεραπεία του κάθε ασθενή και να είναι πρόθυμος να συμβουλευτεί άλλους συναδέλφους όπου αυτό είναι απαραίτητο<sup>13</sup> (CMA, 2002). Ιδιαίτερα ενδεικνυόμενη και απαραίτητη είναι αυτή η καλή συνεργατική πρακτική εκεί όπου απαιτούνται διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες για τις οποίες ο ψυχίατρος δεν έχει εκπαίδευση ή εμπειρία και είναι ξεκάθαρα προς όφελος του ασθενή η διαβούλευση και παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες με εξειδίκευση σε αυτούς τους τομείς (WPA, 2020).

---

<sup>13</sup> " Be willing to participate in peer review of other physicians and to undergo review by your peers." (CMA, 2002), σελ. 9.

#### 1.1.4 Συγγενείς του ασθενούς και αγαθοπραξία

Η συνεργασία του ψυχιάτρου με συγγενείς του ασθενούς που συμβάλλουν στη φροντίδα του ενθαρρύνεται αλλά θα πρέπει να εξασφαλίζεται συγκατάθεση ή συναίνεση του ασθενούς. Η συνεργασία μπορεί να επεκταθεί και σε άλλους φροντιστές που δεν έχουν συγγενικό δεσμό στο ίδιο πλαίσιο συγκατάθεσης. Η υποχρέωση του ιατρικού απορρήτου παραμένει και δεν καταλύεται, υπό την έννοια ότι εξασφαλίζεται συγκατάθεση που αφορά ποιες πληροφορίες και με ποιους θα διαμοιραστούν. Νοείται ότι ο ψυχίατρος θα διαμοιραστεί με τους συγγενείς τις λιγότερες κατά το δυνατό πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τη βελτίωση της έκβασης και μόνο αυτές που μπορούν οι συγγενείς να διαχειριστούν. Δεν θα αποκαλύψει οτιδήποτε γνωρίζει για τον ασθενή αλλά δεν μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης από τους φροντιστές φροντίδας.

Ειδικότερα, οι συγγενείς των ασθενών, οι φροντιστές και γενικότερα οι «σημαντικοί άλλοι» συχνά μπορούν να αναλάβουν σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη και στην πρακτική φροντίδα του ασθενούς. Αυτές οι ωφέλιμες υποστηρικτικές παρεμβάσεις της οικογένειας προς τον ασθενή συχνά έχουν ως προαπαιτούμενο τη συμβουλευτική καθοδήγηση τους από τον ψυχίατρο. Ο ψυχίατρος, στο πλαίσιο αυτό, οφείλει να αναγνωρίζει και να προσεγγίζει με ευαισθησία και κατανόηση τις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών, των φροντιστών τους και άλλων προσώπων από το περιβάλλον του ασθενούς που επηρεάζονται από την ψυχική διαταραχή του ασθενούς. Επιπροσθέτως ο ψυχίατρος οφείλει να παρέχει εκπαίδευση και υποστήριξη σε αυτούς τους ανθρώπους του περιβάλλοντος του ασθενούς, δίνοντάς τους έτσι τη δυνατότητα να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον ασθενή να αντιμετωπίσει τις ψυχιατρικές διαταραχές του και να επιτύχει τους προσωπικούς του στόχους. Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι η βέλτιστη κλινική φροντίδα παρέχεται μέσω της συνεργασίας μεταξύ του ασθενούς, των φροντιστών και των κλινικών ιατρών, μαζί με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής διεπαγγελματικής ομάδας, και να εργάζονται για την επίλυση διαφορών και την ενθάρρυνση της μεταξύ τους συνεργασίας.

Συμπερασματικά, ο ψυχίατρος οφείλει να ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή της οικογένειας και άλλων σημαντικών προσώπων και φροντιστών του ασθενή στη θεραπεία

του όπου αυτό είναι εφικτό, με εμπιστευτικότητα, λαμβάνοντας πάντα υπόψη, αλλά και θέτοντας ως κύριο γνώμονα την επιθυμία και το θεραπευτικό συμφέρον του ιδίου του ασθενούς.

### **1.1.5 Σύγκρουση συμφερόντων και αγαθοπραξία**

Η σύγκρουση συμφερόντων πρέπει να αναγνωρίζεται από το ίδιο τον ψυχίατρο και να αποφεύγεται, διότι έρχεται σε σύγκρουση με την υποχρέωση της αγαθοπραξίας και μπορεί να την υπονομεύσει. Οι συγκρούσεις συμφερόντων δεν περιορίζονται μόνο σε οικονομικές συναλλαγές, όπως σχέσεις με τη φαρμακοβιομηχανία, αλλά επεκτείνονται και περιλαμβάνουν κάθε περίπτωση εκμετάλλευσης ασθενούς. Οι σχέσεις με την φαρμακοβιομηχανία μπορεί να επηρεάσουν το κριτήριο επιλογής φαρμάκων ή θεραπειών. Οι συγκρούσεις συμφερόντων και οι διπλοί ρόλοι είναι, εξάλλου, πιθανές στο κοντινό περιβάλλον του ψυχιάτρου. Στο πλαίσιο αυτό, ο ψυχίατρος οφείλει, κατά το δυνατό, να αποφεύγει να αναλαμβάνει τη θεραπεία συγγενών, συναδέλφων, φίλων, μελών της οικογένειας, και γενικότερα ανθρώπων με τους οποίους έχει μια ιδιαίτερη σχέση, πέρα από τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Στις περιπτώσεις που αυτό είναι αναπόφευκτο, αφού δεν υπάρχει άλλη άμεση δυνατότητα βοήθειας, ο ψυχίατρος οφείλει να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή και επαγγελματισμό για να αποφευχθούν αρνητικές συνέπειες στη θεραπεία ως απόρροια συγκρούσεων συμφερόντων. Πέρα από τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, συγκρούσεις συμφερόντων δημιουργούνται εκεί όπου εμπλέκονται οικονομικά συμφέροντα. Ο ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει συνεργασίες, εμπορικές συμφωνίες και οικονομικές συναλλαγές, ακόμα και νομότυπες, όταν αυτές ενδέχεται να επηρεάσουν την ιατρική του κρίση σε ότι αφορά διάγνωση, το σχεδιασμό της θεραπείας, τη διάρκεια της θεραπείας, την επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος όταν έχει σύγκρουση συμφερόντων ή διπλό ρόλο οφείλει να το δηλώνει στο ασθενή<sup>14</sup> (RCPsych, 2016).

---

<sup>14</sup> " The psychiatrist will always declare any conflict of interest or dual role." (RCPsych, 2016) principle 7.2, page 13.

### **1.1.6 Αγαθοπραξία και επαγγελματισμός**

Η αποφυγή συγκρουόμενων συμφερόντων προστατεύει την υποχρέωση αγαθοπραξίας, αλλά δεν είναι αρκετή. Απαιτείται σωστή επαγγελματική συμπεριφορά που να επεκτείνεται στην καθημερινή κλινική πρακτική. Στο πλαίσιο θωράκισης του επαγγελματισμού και της αγαθοπρακτικής ιατρικής ο ψυχίατρος οφείλει να καταγράφει την κλινική του πρακτική και να διατηρεί για προβλεπόμενο από τις κατά τόπους νομοθεσίες αρχείο ασθενών που να είναι ενημερωμένο, πλήρες, ακριβές και ευανάγνωστο. Με τον τρόπο αυτό η επαγγελματική συμπεριφορά πέρα από την αγαθοπρακτική πρόθεση και πρακτική θα είναι επαρκώς καταγεγραμμένη και τεκμηριωμένη. Οι ιατρικές σημειώσεις και το αρχείο ασθενών εξυπηρετούν τη βελτιστοποίηση της θεραπείας μέσω καταγραφής της πορείας νόσου, της κλινικής βελτίωσης ή της κλινικής επιδείνωσης, την επικοινωνία με συναδέλφους, τη όποια μελλοντική ανάγκη πρόσβασης του ασθενή στο φάκελο, τις ιατροδικαστικές ανάγκες που μπορεί να προκύψουν στο μέλλον και τις νομικές απαιτήσεις που μπορεί να εγερθούν σε περίπτωση αρνητικής έκβασης από τον ίδιο τον ασθενή ή από τους συγγενείς του.

### **1.1.7 Αγαθοπραξία και επιστημονικό πλαίσιο**

Η ακολουθία των επιστημονικών κατευθυντήριων εταιρειών (guidelines) των επιστημονικών εταιρειών αποτελούν καλή πρακτική στην κατεύθυνση της αγαθοπραξίας. Εξάλλου, ο σκοπός συγγραφής και εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών και των πρωτοκόλλων είναι η μεγιστοποίηση του οφέλους των ασθενών μέσω μεγιστοποίησης της ασφάλειας και της ποιότητας στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που απολαμβάνουν. Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ο ψυχίατρος έχει την ηθική υποχρέωση να εφαρμόζει κατά το δυνατό τις πιο σύγχρονες (up-to-date) και τεκμηριωμένες θεραπείες (evidence-based treatments) όπου αυτό είναι εφικτό. Νοείται ότι η lege artis εφαρμογή της ψυχιατρικής απαιτεί την ύπαρξη πολλών παραγόντων πέρα από την καλή πρόθεση και τη δεοντολογική συμπεριφορά του ψυχίατρου και οι παράγοντες αυτοί αφορούν τη δόμηση και την επάρκεια του συστήματος υγείας μέσα στο οποίο ασκείται η ιατρική. Η όποια τυχόν εκτός πρωτοκόλλου ή/και εκτός ετικέτας (off-label) θεραπευτική επιλογή πρέπει να είναι απολύτως αναγκαία και καλά τεκμηριωμένη.

Σε ότι αφορά τις υποχρεώσεις του ψυχιάτρου για την παρακολούθηση των επιστημονικών εξελίξεων, ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι η παροχή κατάλληλης ψυχιατρικής φροντίδας στους ασθενείς απαιτεί συνεχή ενημέρωση της γνώσης των ιατρικών προσεγγίσεων έρευνας και θεραπείας. Ο ψυχίατρος στο πλαίσιο αυτό οφείλει να ενημερώνει και να βελτιώνει τακτικά τις κλινικές τους δεξιότητες και να προσπαθεί να παραμένει ενημερωμένος για τις εξελίξεις στον τομέα που σχετίζονται άμεσα με τους φροντίδα των ασθενών. Οι διάφοροι κώδικες βιοηθικής και ψυχιατρικής δεοντολογίας συχνά χρησιμοποιούν τον όρο "ασθενείς" όπου αναφέρονται σε άτομα που λαμβάνουν θεραπεία για ψυχιατρικές διαταραχές. Νοείται όμως ότι αυτός ο όρος συμπεριλαμβάνει και άλλους ορισμούς, όπως «θεραπευόμενος», που μπορεί να προτιμώνται από άλλες κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες ψυχικής υγείας που εργάζονται έξω από το βιοϊατρικό πλαίσιο ή που εντάσσονται στο πλαίσιο της εναλλακτικής και συμπληρωματικής ιατρικής.

Ο ψυχίατρος οφείλει να συμπεριλαμβάνει τους ασθενείς που βρίσκονται υπό εναλλακτικές «θεραπείες» και να τους εντάσσει σε πλαίσιο επιστημονικής ψυχιατρικής θεραπείας, αναγνωρίζοντας τη σημασία της επιστημονικής τεκμηρίωσης μαζί με την κλινική εμπειρία και το σεβασμό προς τις αξίες των ασθενών στην καθημερινή κλινική πρακτική.

### **1.1.8 Αγαθοπραξία και κοινωνικό στίγμα ψυχιατρικής διάγνωσης**

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις και οι ψυχιατρικές θεραπείες συχνά συνοδεύονται από κοινωνικό στιγματισμό, σε άλλοτε άλλο βαθμό ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο. Το στίγμα είναι το σύνολο των νοοτροπιών, προκαταλήψεων, πεποιθήσεων και διακρίσεων που βιώνει ο ψυχικά πάσχοντας μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Ο Ψυχίατρος, στο πλαίσιο της αγαθοπραξίας, έχει υποχρέωση να συμβάλλει στην καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος<sup>15</sup> (WPA, 2020). Το στίγμα επιδεινώνει την πρόγνωση λόγω καθυστέρησης έναρξης θεραπείας, αφού αποτρέπει τον ασθενή και τους συγγενείς του να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια και χάνεται πολύτιμος θεραπευτικός χρόνος.

---

<sup>15</sup> "Psychiatrists take every opportunity to combat the stigma of psychiatric disorders in the practice of their profession, and participate in public health activities that target the stigma of psychiatric disorders to the extend of their abilities to do so". (WPA, 2020), page 11

## 1.2 Αποφυγή βλάβης

Η υποχρέωση του γιατρού για μη-βλάβη (non-maleficence) είναι βασική δεοντολογική αρχή θεμελιώδης έννοια της ιατρικής, που περιλαμβάνεται εξάλλου και στην υπόσχεση "ωφελείν ή μη βλάπτειν" του Ιπποκρατικού όρκου. Η υποχρέωση του Ψυχιάτρου για μη-βλάβη αφορά κατά κύριο λόγο τη θεραπευτική διαδικασία αλλά περιλαμβάνει και άλλες διαστάσεις της ευημερίας του ασθενούς (RANZCP, 2018). Είναι το Ιπποκρατικό «μη-βλάπτειν» με σύγχρονο νόημα και προεκτάσεις, που περιλαμβάνουν εκτός από τη σωματική και ψυχολογική βλάβη και την αποφυγή βλάβης σε πρόσφατα κατοχυρωμένα δικαιώματα του ασθενούς αλλά και την αποφυγή κάθε μορφής εκμετάλλευση του ασθενούς. Συνοπτικά, είναι η υποχρέωση του ψυχιάτρου να αποφεύγει ενέργειες που μπορεί να αποβούν επιβλαβείς για τον ασθενή του. Στη σύγχρονη εποχή δεν είναι σε όλες τις ιατρικές σχολές υποχρέωση των τελειόφοιτων να δεσμευτούν στο κείμενο του ιπποκρατικού όρκου. Σε κάποιες είναι υποχρεωτικό, σε άλλες προαιρετικό ενώ υπάρχουν σχολές που δεν περιλαμβάνουν το κείμενο του όρκου του Ιπποκράτη στην τελετή αποφοίτησης. Παρόλα αυτά η έννοια της μη-βλάβης είναι ευρέως αποδεκτή και δεσμευτική στην ιατρική ηθική και δεοντολογία.

Ο Ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει κάθε ιατρική πράξη που ενδέχεται να βλάψει τον ασθενή. Ο Ψυχίατρος δεν πρέπει να βλάψει ούτε να εκμεταλλευτεί σε καμία περίπτωση τον ψυχικά ασθενή του, ούτε να προσπαθήσει να τον επηρεάσει με κανένα τρόπο που βγαίνει εκτός του συμφωνημένου θεραπευτικού πλαισίου (Izaak L, 2022). Η μη-εκμετάλλευση αφορά τον ασθενή αλλά επεκτείνεται και περιλαμβάνει τα μέλη της οικογένειας του και τους φροντιστές του. Η μη-εκμετάλλευση περιλαμβάνει θέματα οικονομικά, ψυχικά, συναισθηματικά. Για το λόγο αυτό ο ψυχίατρος δεν πρέπει να συνάδει ρομαντικές ερωτικές ή σεξουαλικές σχέσεις με τους τρέχοντες ασθενείς του αλλά ούτε και με τους προηγούμενους ασθενείς του<sup>16</sup> (CMA, 2002) (RANZCP, 2018). Η υποχρέωση για αποφυγή οικονομικής εκμετάλλευσης περιλαμβάνει και την άρνηση μεγάλων δώρων ή δωρεών από τον ασθενή<sup>17</sup> (CPI, 2019).

---

<sup>16</sup> The CPA deems sexualization of the therapeutic relationship by the psychiatrist and sexual activity of any kind between a psychiatrist and his or her patient to be unethical conduct. Further, the CPA considers sexual relationships with former patients to be unethical. (CMA, 2002), page1

<sup>17</sup> "Serious boundary



### **1.2.1 Αποφυγή βλάβης και ανεπιθύμητες ενέργειες θεραπειών**

Όλες οι ιατρικές πράξεις, συμπεριλαμβανομένης της φαρμακοθεραπείας και της ψυχοθεραπείας, δυνητικά μπορεί να επιφέρουν ανεπιθύμητες ενέργειες, δηλαδή μικρή ή μεγαλύτερη βλάβη στον ασθενή. Παρόλα αυτά χρησιμοποιούνται, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει ένδειξη χορήγησης, με κριτήριο το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς. Ο ψυχίατρος οφείλει να αποφύγει τη βλάβη στον ασθενή του μέσω προσεκτικής αξιολόγησης, συνταγογράφησης και παρακολούθησης των αποτελεσμάτων και των ανεπιθύμητων ενεργειών της της θεραπείας του (WPA, 2020). Ο γιατρός ζυγίζει τα υπέρ και τα κατά της επικείμενης θεραπείας, δηλαδή τα αναμενόμενα οφέλη και τους ενδεχόμενους κινδύνους και προχωρά στη θεραπεία όταν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση για το αναμενόμενο θεραπευτικό συμφέρον. Δε θα μπορούσε να γίνει διαφορετικά η άσκηση της ιατρικής διότι ο μόνος τρόπος να προληφθούν όλες παρενέργειες θεραπειών είναι η αποφυγή των θεραπειών πράγμα που θα οδηγούσε σε αμυντική ψυχιατρική που δε θα μπορούσε να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον των ασθενών.

Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να προχωρά σε θεραπεία που κρίνει εξ αρχής ως ανώφελη ή επιβλαβή, ακόμα και όταν ο ασθενής επιμένει σε αυτή τη θεραπεία. Αυτή η περίπτωση δεν συνιστά παραβίαση της υποχρέωσης του γιατρού για σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς, αλλά γίνεται με σκοπό την προστασία του ασθενούς. Πρόκειται για σύγκρουση της αρχής της μη-βλάβης με την αρχή της αυτονομίας, όπου υπερτερεί η αρχή της μη-βλάβης.

Το θέμα δεν αφορά μόνο τις φαρμακοθεραπείες και τις θεραπείες γενικότερα, αλλά επεκτείνεται και περιλαμβάνει και τις διαγνωστικές διαδικασίες. Ο ψυχίατρος γενικότερα οφείλει να αποφύγει τη βλάβη στον ασθενή του μέσω αποφυγής χρήσης διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων πριν από τη διαθεσιμότητα κατάλληλης επιστημονικής τεκμηρίωσης που να αποδεικνύει την ευνοϊκή αναλογία οφέλους/κινδύνου της συγκεκριμένης παρέμβασης για το συγκεκριμένο ασθενή.

---

violations may include acts such as sexual relationships with patients, or the acceptance of large gifts or bequests.” (CPI, 2019),page 6

Οι θεραπείες εκτός ετικέτας (off-label) πρέπει κατά το δυνατό να αποφεύγονται, εκτός από περιπτώσεις όπου τέτοιες χρήσεις φαρμάκων έχουν ενσωματωθεί στις επίσημες κατευθυντήριες οδηγίες των διεθνών επιστημονικών εταιρειών, πράγμα που σημαίνει ότι είναι διαθέσιμη επαρκής επιστημονική τεκμηρίωση από μελέτες δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά υψηλού κύρους (impact factor) με τη διαδικασία των κριτών (peer-review). Νοείται ότι η εκτός ετικέτας χρήση φαρμάκων προϋποθέτει τη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του αυτόνομου ασθενούς, ο οποίος γνωρίζει ότι έχουν εξαντληθεί οι άλλες διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και ότι ο γιατρός μπορεί να τεκμηριώσει την ανάγκη της επιλογής του με διαθέσιμη δημοσιευμένη επιστημονική τεκμηρίωση. Στην περίπτωση της χρήσης εκτός ετικέτας γίνεται αντιληπτό ότι η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του ασθενούς μπορεί κριθεί ως μη επαρκής αφού ο βαθμός πληροφόρησης του ασθενούς από το ψυχίατρο εξαρτάται και από την επιστημονική πληροφορία που είναι δημοσιευμένη και διαθέσιμη για τον ψυχίατρο.

### **1.2.2 Αποφυγή βλάβης και αποφυγή εκμετάλλευσης του ασθενούς**

Η υποχρέωση για αποφυγή βλάβης επεκτείνεται πέρα από το στενό πλαίσιο της ιατρικής πράξης και περιλαμβάνει την αποφυγή εκμετάλλευσης του ασθενούς με οποιοδήποτε τρόπο. Η άσκηση της ψυχιατρικής χωρίς εκμετάλλευση του ασθενούς μπορεί να θεωρηθεί μέρος της αγαθοπρακτικής υποχρέωσης, όμως αφορά και την υποχρέωση του μη-βλάπτειν σε ότι αφορά τις αρνητικές συνέπειες της εκμετάλλευσης για τον ίδιο τον ασθενή.

Ο ψυχίατρος πρέπει να αποφεύγει οποιασδήποτε μορφής φυσική, οικονομική, σεξουαλική ή συναισθηματική εκμετάλλευση. Οι σεξουαλικές σχέσεις ψυχίατρου με ασθενή του αποτελούν αντιδεοντολογική συμπεριφορά και αυτό δεν αφορά μόνο τους ενεστωτικούς ασθενείς αλλά επεκτείνεται και περιλαμβάνει και τους παρελθοντικούς ασθενείς, σύμφωνα με τον Βρετανικό κώδικα ψυχιατρικής δεοντολογίας (RCPsych, 2016). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία οι σεξουαλικές σχέσεις με συγγενή του ασθενούς είναι επίσης δεοντολογικώς ανεπίτρεπτες (WPA, 2020). Εξ'ορισμού η σχέση γιατρού-ασθενούς χαρακτηρίζεται από ανισορροπία ισχύος μεταξύ γιατρού-ασθενούς, η οποία αναπόφευκτα απορρέει από την ανισορροπία γνώσης για τη νόσο που ταλαιπωρεί τον ασθενή. Ο

ψυχίατρος δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται αυτή τη διαφορά ισχύος προκειμένου να αποκομίσει προσωπικό, υλικό ή κοινωνικό όφελος.

Νοείται ότι είναι δεοντολογική η ερώτηση σεξουαλικών πληροφοριών του ασθενούς από το ψυχίατρο, στο πλαίσιο λήψης του σεξουαλικού ιστορικού, στο βαθμό που οι πληροφορίες αφορούν και σχετίζονται με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Άσκοπες λεπτομέρειες που δεν είναι απαραίτητες για κλινικούς σκοπούς δεν πρέπει να ερωτώνται. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να αγγίζει τον ασθενή, να παρενοχλεί σεξουαλικά τον ασθενή, ούτε να τον μειώνει με σχόλια σεξουαλικής φύσεως ή με άσκοπες ερωτήσεις για τη σεξουαλική του ζωή που δεν έχουν κλινικό προσανατολισμό και κλινική χρησιμότητα.

### **1.2.3 Αποφυγή βλάβης από στίγμα και διακρίσεις**

Η ψυχική νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα το οποίο αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα που επιδεινώνει την ευαλωτότητα και τη δυσχερή θέση του ήδη ευάλωτου από την ψυχική διαταραχή ασθενούς. Ο ψυχίατρος φροντίζει να προστατέψει τον ασθενή από τυχόν εις βάρος του κοινωνικές διακρίσεις και σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να τις ενισχύσει.

Νοείται ότι ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται την κουλτούρα, την εθνικότητα, τη γλώσσα και τη θρησκεία του ασθενούς και να μην κάνει διακρίσεις σε βάρος ασθενούς για οποιονδήποτε λόγο, όπως ηλικία, φύλο, φυλή, εθνικότητα, εθνότητα, ταυτότητα φύλου, σεξουαλικό προσανατολισμό, αναπηρία, γλώσσα, θρησκευτική πεποίθηση, πολιτική πεποίθηση, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, στο πλαίσιο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων<sup>18</sup>. (ΟΗΕ, 1948) Πέρα από τις διακρίσεις και το κοινωνικό στίγμα, σε καμιά περίπτωση ο ψυχίατρος δεν πρέπει να διαγνώσει ένα πρόσωπο ως ασθενή βασισμένος στις πολιτικές, θρησκευτικές, ιδεολογικές, ηθικές, φιλοσοφικές απόψεις/τοποθετήσεις/πίστεις του, ούτε στη βάση φύλου, φυλής, εθνότητας, σεξουαλικού

---

<sup>18</sup> " Κάθε άνθρωπος δικαιούται να επικαλείται όλα τα δικαιώματα και όλες τις ελευθερίες που προκηρύσσει η παρούσα Διακήρυξη, χωρίς καμία απολύτως διάκριση, ειδικότερα ως προς τη φυλή, το χρώμα, το φύλο, τη γλώσσα, τις θρησκείες, τις πολιτικές ή οποιοσδήποτε άλλες πεποιθήσεις, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την περιουσία,τη γέννηση ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση. Δεν θα μπορεί ακόμα να γίνεται καμία διάκριση εξαιτίας του πολιτικού, νομικού ή διεθνούς καθεστώτος της χώρας από την οποία προέρχεται κανείς, είτε πρόκειται για χώρα ή εδαφική περιοχή ανεξάρτητη, υπό κηδεμονία ή υπεξουσία, ή που βρίσκεται υπό οποιονδήποτε άλλον περιορισμό κυριαρχίας." (ΟΗΕ, 1948) άρθρο 2

προσανατολισμού, γλώσσας, ηλικίας, αναπηρίας (disability). Η διάγνωση θα πρέπει να βασιστεί αποκλειστικά σε αντικειμενικά κλινικά ευρήματα<sup>19</sup> (CPI, 2019).

Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να επιχειρήσει να επιβάλει τις δικές του ηθικές αξίες στον ασθενή ούτε στην οικογένεια του ασθενούς (WPA, 2020).

#### **1.2.4 Αποφυγή φυσικής βλάβης**

Η θεμελιώδης δεοντολογική αρχή της μη-βλάβης δεν έχει μόνο ψυχική και κοινωνική διάσταση αλλά αφορά και την αποφυγή φυσικής βλάβης στον ασθενή. Η φυσική βλάβη αφορά θεραπείες και φάρμακα που χορηγούνται εντός θεραπευτικού πλαισίου, αλλά επεκτείνεται και στην αποφυγή φυσικής βλάβης εκτός θεραπευτικού πλαισίου.

Ειδικότερα, ο ψυχίατρος δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να έχει καμία συμμετοχή σε βασανισμό κρατουμένων, σκληρή απάνθρωπη εξευτελιστική ανάκριση, μεταχείριση ή τιμωρία ασθενούς ή κατηγορουμένου προσώπου. Ο ψυχίατρος -αν και εφόσον πέσει στην αντίληψη του τέτοια πρακτική- οφείλει να ενημερώσει τις αρχές για τις ανησυχίες του ή/και να μιλήσει δημοσίως και να αποκαλύψει την ανήθικη και άνομη συμπεριφορά.

Σε περιπτώσεις σύρραξης ή πολέμου, ο ψυχίατρος οφείλει να ακολουθεί τις προβλεπόμενες για τέτοιες καταστάσεις διεθνείς συμβάσεις/συνθήκες και κατευθυντήριες οδηγίες διαχείρισης των ασθενών, στρατιωτών, αιχμαλώτων πολέμου, ανεξάρτητα από το στρατόπεδο από το οποίο προέρχονται.

Στις χώρες όπου ακόμα ισχύει και εφαρμόζεται η θανατική ποινή, ο ψυχίατρος πρέπει να αποφεύγει κάθε εμπλοκή του στη διαδικασία. Το θέμα δεν αφορά τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αφού η κατάργηση της θανατικής ποινής αποτελεί πυλώνα του ευρωπαϊκού κεκτημένου, αφορά όμως κάποιες από τις χώρες του τρίτου κόσμου και την Αμερική όπου ακόμα εφαρμόζεται η θανατική ποινή. Ο ψυχίατρος είναι γιατρός και στο πλαίσιο αυτό έχει δεσμευτεί να εργάζεται για διατήρηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης ζωής. Στο πλαίσιο αυτό ο ψυχίατρος δεν πρέπει να συμμετέχει στην επιβολή και εκτέλεση

---

<sup>19</sup> "In diagnosing mental illness, psychiatrists should confine themselves to clinical evidence, avoiding bias according to matters of race, age, sexuality, politics, ideology, or religion." (CPI, 2019), σελ. 13.

θανατικής ποινής (WPA, 2020) όταν εργάζεται στις χώρες όπου υπάρχει ακόμα στο νομικό σύστημα και εφαρμόζεται.

Η συμμετοχή ψυχιάτρου στο θάνατο ασθενούς στην σύγχρονη εποχή έχει ρυθμιστεί νομικά σε κάποιες μόνο χώρες, όταν αφορά την περίπτωση ευθανασίας (Physician Assisted Euthanasia, PAE) και υποβοηθούμενης αυτοκτονίας (Physician Assisted Suicide, PAS). Ανάλογες τροποποιήσεις έχουν γίνει και στους κώδικες ιατρικής δεοντολογίας των χωρών που έχουν ρυθμίσει νομικά τη συμμετοχή γιατρών στην ευθανασία και στην υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία θεωρεί ότι ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει να εγκρίνει αίτημα για τερματισμό της θεραπείας διατήρησης στη ζωή ή για ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο, όταν διαπιστώνει ότι η υποκείμενη ψυχοπαθολογία οδηγεί τον ασθενή σε αυτό το αίτημα<sup>20</sup> (WPA, 2020). Νοείται ότι σε αυτή την περιγραφή της συμμετοχής ως αντιδεοντολογική, δεν περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις που αφορούν εκούσια ευθανασία νοητικά αυτόνομου ασθενή με ακέραιη κριτική ικανότητα που πάσχει από σοβαρή, χρόνια, βαριά, επώδυνη, ανίατη νόσο τελικού σταδίου ο οποίος φτάνει στη συνειδητή επιλογή της ευθανασίας χωρίς η κρίση του να επηρεάζεται από κατάθλιψη ή από άλλη ψυχική διαταραχή, πάντα στο πλαίσιο της τοπικής νομοθεσίας.

Πέρα από την υποχρέωση του ψυχιάτρου να μη συμμετέχει ο ίδιος σε καμιά μορφής κακοποίηση ασθενούς, υπάρχει και η υποχρέωση του να μην ανέχεται καμιά μορφής κακοποίηση ή παραμέληση που έρχεται εν γνώση του. Τις περιπτώσεις αυτές οφείλει να τις καταγγέλλει στις αρμόδιες αρχές.

Γενικά ο ψυχίατρος όταν διαπιστώνει άσκηση ψυχιατρικής έξω από τον κώδικα δεοντολογίας και τις επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες με τρόπο που δεν είναι αποδεκτός από την επιστημονική κοινότητα οφείλει να μην παραμένει ουδέτερος παρατηρητής αλλά να καταγγέλλει αυτή τη συμπεριφορά στις αρμόδιες επιστημονικές ενώσεις<sup>21</sup> (WPA, 2020).

---

<sup>20</sup> "Psychiatrists avoid endorsing patients' requests for implementing termination of life-sustaining treatment or physician-assisted death, when they recognize that underlying psychopathology drives those requests" (WPA, 2020), page 6.

<sup>21</sup> "Psychiatrists practise within accepted standards of care. They take appropriate action when they become aware that psychiatric interventions are being used outside accepted standards of care, when necessary reporting the situation to professional societies or other appropriate authorities". (WPA, 2020), page 7.

### 1.2.5 Αποφυγή βλάβης και όρια θεραπευτικής σχέσης

Στο πλαίσιο της προστασίας από μη-βλάβη, ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να προσδιορίζει, να θέτει και να διαφυλάττει τα όρια της θεραπευτικής σχέσης που συνάπτει με τον ασθενή. Τα όρια είναι εξόχως σημαντικά στην ψυχιατρική γιατί προστατεύουν τον ασθενή από βλάβη, αλλά και τον ψυχίατρο, ενώ ταυτόχρονα θέτουν το πλαίσιο της σωστής θεραπείας. Τα όρια δεν αφορούν μόνο τον ψυχίατρο, τον ασθενή και τη μεταξύ τους σχέση, αλλά αφορούν και τους συγγενείς του ασθενούς και τους φροντιστές που εμπλέκονται στη θεραπευτική σχέση. Ο ψυχίατρος οφείλει να εξηγήσει και να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής και οι συγγενείς του έχουν αντιληφθεί τα καθήκοντα του ψυχιάτρου και το ρόλο του κάθε εμπλεκόμενου στη θεραπευτική διαδικασία. Ο ψυχίατρος οφείλει να κρατάει με επαγγελματισμό τα όρια με την οικογένεια του ασθενούς και τους φροντιστές του και να μην τους εκμεταλλεύεται με κανένα τρόπο. Ειδικότερα, οφείλει να αποφεύγει κάθε μορφής εκμετάλλευση τους ασθενούς και της οικογένειάς του για να καλύψει τις δικές του ή των άλλων οικονομικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και άλλες ανάγκες. Στο πλαίσιο αυτό οφείλει να απέχει από σεξουαλικές σχέσεις με τους ασθενείς τους και με τα μέλη της οικογένειάς των ασθενών.

Η θεραπευτική σχέση είναι σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ο ψυχίατρος βρίσκεται σε προνομιακή σχέση λόγω των προσωπικών στοιχείων που του έχει εμπιστευτεί ο ασθενής. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει ο ψυχίατρος να καταχραστεί ή να εκμεταλλευτεί την εμπιστοσύνη του ασθενούς<sup>22</sup>. (CPI, 2019). Πέρα από την εμπιστοσύνη, ο ψυχίατρος οφείλει να μην καταχράται την επαγγελματική του γνώση και τις επαγγελματικές του δεξιότητες. Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει και να διασφαλίζει ότι κάθε φορά ο ασθενής αντιλαμβάνεται το ρόλο και τα καθήκοντα τους ψυχιάτρου και ότι στο πλαίσιο του διαλόγου μπορεί να διαχωρίζει αυτό που είναι απαραίτητο από αυτό που δεν είναι απαραίτητο για θεραπευτικούς σκοπούς.

---

<sup>22</sup> " Psychiatrists hold a privileged position of trust with their patients, their patient's relatives, and their carers. This position of trust must not be abused or exploited." (CPI, 2019), page 6

### **1.2.6 Αποφυγή βλάβης και επαγγελματική συμπεριφορά**

Η σωστή επαγγελματική συμπεριφορά από μέρους του ψυχιάτρου προστατεύει τον ίδιο και την ψυχιατρική, αλλά προστατεύει από βλάβη και τον ασθενή.

Ο ψυχίατρος οφείλει να συμφωνεί εκ των προτέρων με τον ασθενή σχετικά με τη φύση και το εύρος των υπηρεσιών που είναι σε θέση να του παρέχει, ώστε να αποφευχθούν ενδεχόμενες παρανοήσεις και παρεξηγήσεις στο μέλλον, που θα θέσουν σε κίνδυνο την έκβαση της θεραπείας και την πρόγνωση του ασθενούς.

Μέσα στο πλαίσιο της διαφάνειας των υπηρεσιών που μπορεί να παρέχει, ο ψυχίατρος οφείλει να τηρεί τους κανονισμούς που ρυθμίζουν τον τρόπο παρουσίασης των ιατρικών προσόντων στο κοινό και να φροντίζει να μην παραποιεί τα προσόντα και την εμπειρία του. Η αποφυγή παρεξήγησης στο θέμα των ιατρικών προσόντων προστατεύει τη θεραπευτική σχέση από ενδεχόμενη ρήξη στο μέλλον.

### **1.2.7 Αποφυγή βλάβης και σύγκρουση συμφερόντων**

Η σύγκρουση συμφερόντων μπορεί να αποβεί εις βάρος του ασθενούς. Για να αποφευχθεί η βλάβη θα πρέπει να αποφεύγεται και σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να δηλώνεται όπου υπάρχει.

Οι ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει να εμπλέκεται σε σχέσεις με τρίτους όπου υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων, συμπεριλαμβανομένης ενδεικτικά της φαρμακευτικής βιομηχανίας, που μπορεί να τον αποπροσανατολίσει από την κύρια εστίαση τους στα συμφέροντα των ασθενών του. Οικονομικά συμφέροντα μπορεί να θεωρηθεί ότι οδήγησαν το γιατρό σε θεραπευτικές επιλογές που δεν έγιναν, ως όφειλαν, με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

Η σύγκρουση συμφερόντων δεν περιορίζεται σε οικονομικά συμφέροντα αλλά αφορά ευρύτερα τις περιπτώσεις όπου ο ψυχίατρος έχει διπλό ρόλο.

Ο ψυχικά πάσχοντας είναι εξορισμού ευάλωτος λόγω της ψυχοπαθολογίας του, ανεξάρτητα από την ηλικίας του. Οι μη-αυτόνομοι ασθενείς θεωρούνται ιδιαίτερα ευάλωτοι, όπως εξάλλου και τα παιδιά όπου λόγω της ηλικίας του θεωρούνται ότι δεν έχουν αυτονομία. Ο ψυχίατρος οφείλει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην ορθότητα της συμπεριφοράς του όταν

έχει να κάνει με ανήλικους και μη-αυτόνομους ενήλικες και στο πλαίσιο αυτό θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή και έμφαση στη δήλωση οικονομικών σχέσεων και όλων των πιθανών ή πραγματικών συγκρούσεων συμφερόντων.

### **1.2.8 Αποφυγή κοινωνικής/πολιτικής βλάβης**

Ο ψυχίατρος οφείλει να απέχει από προσπάθειες κατάχρησης ή εργαλειοποίησης της ψυχιατρικής για πολιτικούς σκοπούς καθώς και από κάθε είδους βασανιστήρια, να μη συμμετέχει και να μη βοηθά με οποιονδήποτε τρόπο σε ανακρίσεις ατόμων που στερούνται την ελευθερία τους από στρατιωτικές ή πολιτικές υπηρεσίες έρευνας ή από τις αρχές επιβολής του νόμου. Νοείται ότι ο ψυχίατρος θα πρέπει να αντιτίθενται σε τυχόν αιτήματα εντοπισμού παρουσίας ή/και αναφοράς αντικυβερνητικών ιδεών ή ριζοσπαστικοποίησης του ασθενή τους σε θρησκευτικά ή πολιτικά ζητήματα.

Εξαιρείται η συμμετοχή του ψυχιάτρου σε ιατροδικαστική αξιολόγηση ή άλλης μορφής αλληλεπίδραση με τον κρατούμενο εφόσον έχει καταλλήλως εξουσιοδοτηθεί από αρμόδιο δικαστήριο ή από το δικηγόρο του κρατουμένου.

Προκειμένου να αποφευχθεί η πολιτική εργαλειοποίηση της ψυχιατρικής ο ψυχίατρος θα πρέπει να βασίζει την ψυχιατρική διάγνωση αποκλειστικά σε αντικειμενικά διαγνωστικά ευρήματα.

### **1.3 Αυτονομία**

Αποτελεί βασική αρχή κάθε σύγχρονου κώδικα ψυχιατρικής δεοντολογίας η υποχρέωση του ψυχιάτρου να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς (RANZCP, 2018). Η αυτονομία του ασθενούς γίνεται εμπράκτως σεβαστή μέσα από το σεβασμό και την επιμελή τήρηση των διαδικασιών λήψης συγκατάθεσης μετά από ενδελεχή και ουσιαστική ενημέρωση του ασθενούς ή του αντιπροσώπου του.

Ο ψυχίατρος οφείλει να χτίζει θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, η οποία να βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη πράγμα που προϋποθέτει το σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς. Ο ψυχίατρος αναγνωρίζει την αυτονομία του ασθενούς και το ρόλο του αυτόνομου ασθενή ως συνεργάτη στη διαδικασία διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Στη δημιουργία της θεραπευτικής σχέσης ο ψυχίατρος οφείλει να



λαμβάνει υπόψη τυχόν τοπικές ισχύουσες ρυθμιστικές παραμέτρους που καθορίζουν τα όρια της σχέσης, τις ηθικές και νομικές διαστάσεις και την έκταση της αυτονομίας του ασθενούς.

Ο ψυχίατρος πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός σε ότι αφορά το σεβασμό της αυτονομίας, δεδομένης της εξουσίας που έχει να θεραπεύει ένα ποσοστό των ασθενών του με υποχρεωτική θεραπεία, στη βάση διατάγματος νοσηλείας. Τα διατάγματα νοσηλείας εκδίδονται -αναλόγως του νομικού συστήματος- από εισαγγελέα ή δικαστή, στη βάση γραπτής εισήγησης. Νοείται ότι σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής καθίσταται νομικώς προσωρινά μη-αυτόνομος, δηλαδή πιστοποιείται νομικά η απώλεια της αυτονομίας του λόγω της ψυχικής διαταραχής. Η υποχρεωτική θεραπεία μπορεί να δικαιολογηθεί εκεί όπου η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα δεν μπορεί να εξασφαλιστεί με μια λιγότερο περιοριστική θεραπευτική παρέμβαση.

Ο απώτερος σκοπός της υποχρεωτικής θεραπείας είναι να προωθήσει την επανάκτηση της αυτονομίας και της ευημερίας του ασθενούς, μέσω της θεραπείας που ο ασθενής αλλιώς δεν δύναται να λάβει.

### **1.3.1 Αυτονομία και λήψη συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση**

Η διαδικασία της λήψης συγκατάθεσης από τον ασθενή μετά από ενδελεχή ενημέρωση του αποτελεί τον πυρήνα του σεβασμού στην αυτονομία του ασθενούς στην καθημερινή κλινική ψυχιατρική πρακτική. Ο ασθενής με ψυχική διαταραχή πρέπει να θεωρείται εξ'ορισμού νομικά ικανός να δώσει συγκατάθεση εκτός αν ήδη έχει κριθεί ως μη-αυτόνομος από το δικαστήριο<sup>23</sup> (CPI, 2019). Νοείται ότι ο αν κατά τη διαδικασία ενημέρωσης για λήψη συγκατάθεσης προκύψει ότι δεν μπορεί να καταλάβει τις πληροφορίες, τότε ο ψυχίατρος μπορεί να κινήσει τις προβλεπόμενες διαδικασίες. Η συγκατάθεση και η συναίνεση θεωρείται έγκυρη μόνο όταν λαμβάνεται από ενημερωμένο ασθενή<sup>24</sup> (CPI, 2019).

Κατά την επιδίωξη ενημερωμένης συγκατάθεσης, ο ψυχίατρος θα πρέπει να προσφέρει στον ασθενή ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες σχετικά με τις διαγνώσεις, τις

---

<sup>23</sup> "The psychiatrist should assume that all patients have the capacity to consent to treatment, unless this is established otherwise. This presumption of capacity is now incorporated in legislation" (CPI, 2019), principle 6, page 11.

<sup>24</sup> "Consent is only valid if it is informed." (CPI, 2019), σελ 11.

προτεινόμενες θεραπείες, τους κινδύνους, τα πιθανά οφέλη και τις εναλλακτικές λύσεις. Κατά διάρκεια της διαδικασίας ενημέρωσης, ο ψυχίατρος οφείλει να λαμβάνει υπόψη την ικανότητα του ασθενούς να κατανοήσει και να εκτιμήσει τις υπό συζήτηση πληροφορίες, με σκοπό να διευκολύνει τον ασθενή και να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή συμμετοχή αυτού στη λήψη της απόφασης που αφορά τη θεραπεία του.

Εξάλλου, κατά την διάρκεια της διαδικασίας εξασφάλισης της συγκατάθεσης, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή όχι μόνο για την προτεινόμενη θεραπεία και για τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές αλλά και να εισηγηθεί την πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία. Επιπροσθέτως, ο ψυχίατρος, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας ενημέρωσης για τη λήψη της συγκατάθεσης, πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής αντιλήφθηκε τις συνέπειες της μη-λήψης της προτεινόμενης θεραπείας. Κατά τη διαδικασία ενημέρωσης για εξασφάλιση της συγκατάθεσης, ο ψυχίατρος πρέπει να χρησιμοποιεί κατάλληλη γλώσσα και λεξιλόγιο προσαρμοσμένη στο συγκεκριμένο ασθενή, ώστε να είναι δυνατή η ποιοτική επικοινωνία που θα επιτρέψει στον ασθενή να κατανοήσει τις σχετικές πληροφορίες. Ο ψυχίατρος δεν αρκεί να δώσει τις πληροφορίες στον ψυχικά ασθενή, πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής έλαβε τις πληροφορίες και τα μηνύματα δηλαδή ότι αντιλήφθηκε την ουσία της ενημέρωσης. Αυτό γίνεται ελέγχοντας αν οι τοποθετήσεις του ασθενούς πάνω στην πληροφόρηση γίνονται στη βάση ορθολογικών επιχειρημάτων, πράγμα που δείχνει ότι ο ασθενής είναι σε θέση να επεξεργαστεί ορθολογικά και κριτικά την πληροφόρηση και να την επικοινωνήσει επαρκώς με το γιατρό.

Η έγκυρη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση (valid informed consent) του αυτόνομου ασθενούς, πρέπει να λαμβάνεται από το γιατρό όχι μόνο πριν από θεραπευτική παρέμβαση αλλά και πριν από διαγνωστική αξιολόγηση, καθώς και πριν από συγγραφή έκθεσης που θα χρησιμοποιηθεί σε δικαστήριο ή για κάθε άλλη νόμιμη χρήση. Η εξασφάλιση συγκατάθεσης δεν είναι επιφανειακή υπόθεση, αφού ο ψυχίατρος οφείλει να εξασφαλίσει ότι ο ασθενής είναι αυτόνομος και αντιλαμβάνεται τους σκοπούς, τη φύση, τα οφέλη, τους κινδύνους και το κόστος κάθε προτεινόμενης θεραπευτικής παρέμβασης. Είναι επίσης υποχρέωση του ψυχιάτρου να εξασφαλίσει ότι η συγκατάθεση για θεραπεία δίνεται από τον ασθενή με ελεύθερη βούληση και όχι υπό το καθεστώς πίεσης. Η ενημέρωση κατά τη λήψη συγκατάθεσης πρέπει να γίνεται από τον ψυχίατρο που γνωρίζει την κατάσταση της υγείας

του συγκεκριμένου ασθενούς και τη θεραπευτική διαδικασία που απαιτείται και μπορεί να την εφαρμόσει, ιδανικά από το θεράποντα ιατρό<sup>25</sup>. (CPI, 2019)

Ο ψυχίατρος αναγνωρίζει ότι ο ικανός, επαρκώς αυτόνομος ασθενής, έχει το δικαίωμα να κάνει αυτόνομες επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της απόφασης διακοπής της θεραπείας του. Σε τέτοιες καταστάσεις, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τον αυτόνομο ασθενή για τις πιθανές συνέπειες των αποφάσεων του. Η αυτονομία του ασθενούς πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, λαμβάνοντας υπόψη και τους πολιτισμικούς περιορισμούς. Η υποχρέωση σεβασμού της αυτονομίας προϋποθέτει ότι ο ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει, κατά το περισσότερο δυνατόν, τον εξαναγκασμό τους ασθενούς σχετικά με αποφάσεις του για ιατρικές παρεμβάσεις.

Η αυτονομία του ασθενούς γίνεται εμπράκτως σεβαστή όταν τηρείται σωστά η διαδικασία συμμετοχής του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων που τον αφορούν, καθώς ο ψυχίατρος ενημερώνει τον ασθενή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις επιδιώκοντας συγκατάθεση ή συναίνεση. Η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση μπορεί να είναι προφορική (oral informed consent) ή γραπτή (written informed consent) ανάλογα με την περίπτωση, ενώ η συναίνεση μπορεί να είναι ρητή ή σιωπηρή ή εκτιμώμενη. Η σιωπηρή συναίνεση μπορεί να γίνει αποδεκτή δεδομένου ότι ο αυτόνομος ασθενής προσήλθε εθελοντικά για θεραπεία. Η εκτιμώμενη συναίνεση μπορεί να γίνει αποδεκτή στον ασθενή που δεν είναι επί του παρόντος αυτόνομος, προκειμένου να εξυπηρετηθούν τα εκτιμώμενα συμφέροντα του.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναζητά και να επιδιώκει κάθε φορά την ενημερωμένη συγκατάθεση του ασθενούς, με την προϋπόθεση ότι ο ασθενής είναι επαρκώς αυτόνομος. Ωστόσο, ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι η φύση της ψυχιατρικής διαταραχής ενίοτε απαιτεί τροποποιήσεις ή/και εξαιρέσεις στη διαδικασία λήψης της συγκατάθεσης. Η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του αυτόνομου ασθενούς, προϋποθέτει ότι ο ασθενής είναι αυτόνομος στο βαθμό που μπορεί να γίνει η προαπαιτούμενη ενημέρωση. Σε οξεία επείγουσα ή χρόνια σοβαρή ψυχική διαταραχή ενδέχεται ο ασθενής να μην είναι σε θέση να

---

<sup>25</sup> The person seeking consent should have sufficient knowledge of the treatment or intervention, and be able to convey that knowledge effectively to the patient. (CPI, 2019), σελ. 11.

λάβει τεκμηριωμένες ορθολογικές αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του. Επίσης ενίοτε οι ψυχιατρικές εκτιμήσεις για την ψυχική υγεία του και την ασφάλεια του ή για τη δημόσια ασφάλεια απαιτούν μη-συναινετικές παρεμβάσεις όταν ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να συγκατατεθεί ή να συναινέσει.

Όταν τα μέλη της οικογένειας ή οι κηδεμόνες έχουν την εξουσία από το νόμο να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό του μη-αυτόνομου ασθενούς, ο ψυχίατρος οφείλει να τους εμπλέκει στη διαδικασία λήψης ενημερωμένης συγκατάθεσης εντός του τοπικώς ισχύοντος πλαισίου εμπιστευτικότητας. Όταν η συγκατάθεση έχει δοθεί από συγγενή ή κηδεμόνα μη-αυτόνομου ασθενούς στη βάση της πρόνοιας του νόμου, ο ψυχίατρος θα πρέπει επιπροσθέτως να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την συναίνεση (assent) του μη-αυτόνομου ασθενούς στο βαθμό που μπορεί να αντιληφθεί τη θεραπευτική διαδικασία.

Ο σεβασμός της αυτονομίας του αυτόνομου ασθενούς είναι απλούστερη κατάσταση που γίνεται πιο σύνθετη όταν ο ασθενής δεν είναι αυτόνομος, οπότε εμπλέκονται συγγενείς στη λήψη αποφάσεων και ο ψυχίατρος αναζητά συγκατάθεση μετά από ενημέρωση από εκπρόσωπο του ασθενούς. Αν δεν έχει οριστεί εκπρόσωπος/κηδεμόνας από το δικαστήριο, τότε η συγκατάθεση λαμβάνεται από κοντινό μέλος της οικογένειας. Η σειρά με την οποία ο γιατρός θα επιλέξει και θα ρωτήσει συγγενή του ασθενούς, συνήθως ρυθμίζεται νομικά οπότε λαμβάνεται υπόψη η τοπική νομοθεσία. Όπου δε ρυθμίζεται νομικά λαμβάνονται υπόψη οι διαδικασίες τοπικών επιτροπών βιοηθικής ή επιστημονικών εταιρειών ή αν δεν υπάρχουν λαμβάνονται υπόψη οι κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών επιστημονικών εταιρειών ή δημοσιεύσεις σε έγκυρα, υψηλής επιρροής, επιστημονικά περιοδικά βιοηθικής που λειτουργούν με τη μέθοδο των κριτών. Πιο κοντινό μέλος είναι ο/η σύζυγος ή/ο σύντροφος, πράγμα που προσδιορίζεται με ύπαρξη γάμου θρησκευτικού ή πολιτικού ή σύμφωνου συμβίωσης ή μακροχρόνια σχέση με συγκατοίκηση. Η σειρά εγγύτητας από τον κοντινό προς τον μακρινό συγγενή που θα ερωτηθούν ξεκινά από τα είναι ενήλικα παιδιά με σειρά ηλικίας από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο και ακολουθούν οι γονείς (ισότιμα) και μετά τα ενήλικα αδέρφια με σειρά ηλικίας από το μεγαλύτερο προς το μικρότερο. Αν δεν βρεθούν ή δεν αναλαμβάνουν ευθύνη οι συγγενείς καλείται να αναλάβει την ευθύνη της απόφασης η πολιτεία με αρμόδιο λειτουργό που συνήθως είναι ο/η κοινωνική λειτουργός.

Συνήθως οι συγγενείς θέλουν και μπορούν να εξυπηρετήσουν τα βέλτιστα συμφέροντα του ασθενή συγγενή τους, αλλά αυτό δεν ισχύει πάντα. Κάποιες φορές δεν θέλουν, λόγω σοβαρής ενδοοικογενειακής ρήξης σχέσεων ή δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τα συμφέροντα του ασθενούς συγγενή τους λόγω ανεπάρκειας φροντιστικού ρόλου, όπως σε περιπτώσεις διαταραχής της ψυχικής ή της σωματικής τους υγείας. Σε ακραίες -αλλά όχι και τόσο σπάνιες- περιπτώσεις παρατηρείται το φαινόμενο της τοξικής σχέσης, όπου η υποτροπή του ασθενούς επάγεται από την τοξική σχέση του ασθενή με έναν ή περισσότερους συγγενείς του με τους οποίους συγκατοικεί ή απλά έχει διαταραγμένη σχέση. Γίνεται αντιληπτό ότι προκειμένου να εξασφαλιστεί το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, ο ψυχίατρος οφείλει να αξιολογεί τον εκάστοτε κοντινό συγγενή αντιπρόσωπο του μη αυτόνομου ασθενούς, ως προς την καταλληλότητα αυτού ως φροντιστή και ως αντιπροσώπου που θα πάρει σημαντικές αποφάσεις για την θεραπεία του ασθενή. Ενδεικτικά, η πίεση από συγγενείς προς τον ψυχίατρο ή προς την πολιτεία για έκδοση διατάγματος υποχρεωτικής ψυχιατρικής νοσηλείας, δεν έχει πάντα αγαθά κίνητρα, αλλά μπορεί να συνυπάρχουν συγκρούσεις συμφερόντων που απορρέουν από οικονομικά όπως κληρονομικά θέματα.

Όταν η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του ασθενούς δίνεται από νόμιμο αντιπρόσωπο ασθενούς, ο ψυχίατρος θα πρέπει επιπροσθέτως να προσπαθήσει να εξασφαλίσει από τον ασθενή assent (συναίνεση). Αυτό αφορά περιπτώσεις ανηλίκων ασθενών που νόμιμος αντιπρόσωπος είναι οι γονείς ή η πολιτεία καθώς και περιπτώσεις ενηλίκων βαρέως πασχόντων όπου λόγω σοβαρής νόσου έχουν χάσει την αυτονομία τους προσωρινά και νόμιμος αντιπρόσωπος είναι οι γονείς ή η πολιτεία επίσης. Σε κάθε περίπτωση όταν αποφασίζει αντιπρόσωπος του μη-αυτόνομου ασθενούς, η απόφαση θα πρέπει να εξυπηρετεί τα συμφέροντα του ασθενούς, την εκτιμώμενη επιθυμία του στο παρελθόν και τη ρητή παρελθοντική επιθυμία του. Αν υπάρχει εκ των προτέρων έγκυρη οδηγία από τον ασθενή που δόθηκε όταν διατηρούσε την αυτονομία του (advanced directive) αυτή πρέπει να ληφθεί υπόψη από τον ψυχίατρο<sup>26</sup> (CMA, 2002). Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος

---

<sup>26</sup> "Respect the intentions of an incompetent patient as they were expressed (for example, through an advance directive or proxy designation) before the patient became incompetent." (CMA, 2002)

δεσμεύεται από την υποχρέωση του για αγαθοπραξία και μη-βλάβη (οφελείν ή μη-βλάβειν) παράλληλα με την υποχρέωση του για σεβασμό της αυτονομίας του ασθενούς.

Ο ψυχικά ασθενής δεν είναι απλά αυτόνομος ή μη-αυτόνομος, δηλαδή η αυτονομία δεν μπορεί να θεωρηθεί απλή σταθερή κατάσταση που την έχει ή δεν την έχει, αλλά πρόκειται για ανθρώπινη ιδιότητα που μεταβάλλεται δυναμικά. Η αυτονομία του ασθενούς άρα και η ικανότητα να αποφασίζει, μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις σύντονες με τις διακυμάνσεις, εξάρσεις και υφέσεις της κλινικής εικόνας.

Στην πορεία της θεραπείας όταν και όσο ο ασθενής δεν έχει την ικανότητα να λαμβάνει αποφάσεις θεραπείας ως αποτέλεσμα της ψυχικής του διαταραχής, ο ψυχίατρος οφείλει ωστόσο να τον ενημερώνει καταλλήλως για τη θεραπεία του και να εκφράζει και να μεταδίδει σεβασμό για τις απόψεις του ασθενή του. Ο ψυχίατρος πρέπει να αναγνωρίζει ότι όταν ο ασθενής ανακτήσει την ικανότητα και την αυτονομία του θα μπορεί να αναλάβει ξανά το ρόλο του ως πλήρης συνεργάτης του γιατρού στην διαμόρφωση του θεραπευτικού πλάνου που αφορά στην ψυχιατρική του φροντίδα. Η θεραπευτική διαδικασία στην ψυχιατρική πρέπει να έχει κατεύθυνση της αποκατάστασης της λειτουργικότητας του ασθενή στην κατεύθυνση που θα τον καταστήσει ξανά αυτόνομο το συντομότερο δυνατό.

### **1.3.2 Ο μη-αυτόνομος ασθενής**

Η θεραπεία ασθενών με πλήρη έλλειψη αυτονομίας δεν είναι ο κανόνας στην ψυχιατρική. Παρόλα αυτά υπάρχουν πολλές τέτοιες περιπτώσεις κυρίως στην επείγουσα ψυχιατρική και στη φροντίδα των χρονίως βαρέως πασχόντων.

Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη ότι ψυχική διαταραχή ενίοτε περιορίζει την αυτονομία του με τρόπο ώστε ο ψυχικά ασθενής μπορεί να έχει μειωμένη αυτονομία ή/και να απωλέσει την αυτονομία του προσωρινά ή/και μόνιμα σε ακραίες περιπτώσεις χρόνιας σοβαρής ψυχοπαθολογίας. Μειωμένη αυτονομία σημαίνει ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να παίρνει κάποιες αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία του και γενικότερα το θεραπευτικό του συμφέρον. Αν η μειωμένη αυτονομία συνοδεύεται από έλλειψη εναισθησίας τότε δεν αντιλαμβάνεται ότι πάσχει από ψυχική διαταραχή, οπότε ο ίδιος ο ασθενής θεωρεί ότι δεν χρειάζεται θεραπεία ή νοσηλεία παρά την αντίθετη γνώμη και σύσταση του θεράποντα

ψυχιάτρου. Η αξιολόγηση του βαθμού αυτονομίας δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση και σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να μπορεί να αξιολογήσει αν ο συγκεκριμένος ασθενής τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή μπορεί να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση<sup>27</sup>. (EPA, 2021). Για να μπορεί να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση πρέπει καταρχάς να μπορεί να κατανοήσει και να επαξεργαστεί ορθολογικά τις ιατρικές πληροφορίες που του παρέχονται σε απλή γλώσσα. Να επαξεργαστεί κριτικά τις πληροφορίες και με επιχειρήματα να οδηγηθεί σε λογικά συμπεράσματα. Πρέπει να μπορεί να τις επαναλάβει με δικά του λόγια και να επικοινωνήσει τις απορίες του, τη συμφωνία ή τη διαφωνία του με λογικά επιχειρήματα. Επίσης πρέπει να μπορεί να καταλάβει τα συμπτώματα δηλαδή να κατανοήσει ότι πάσχει και από τι πάσχει, δηλαδή να έχει εναισθησία (insight).

Στις περιπτώσεις αυτές όπου υπάρχει μεγάλη διάσταση απόψεων μεταξύ ασθενούς και ψυχιάτρου δημιουργείται σύγκρουση μεταξύ δύο βασικών βιοηθικών αρχών: Της αρχής της αγαθοπραξίας δηλαδή της υποχρέωσης του ψυχιάτρου να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς και της αρχής της της αυτονομίας δηλαδή της υποχρέωσης του ψυχιάτρου να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενούς. Ο ψυχίατρος οφείλει να δράσει δίνοντας προτεραιότητα στο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς. Όταν πρόκειται για αυτόνομους ασθενείς, όπως στις πλείστες περιπτώσεις ασθενών με ήπιας ή μέτριας βαρύτητας ψυχοπαθολογία, τότε ο ασθενής δικαιούται να αρνηθεί τη θεραπεία και την ψυχιατρική αξιολόγηση. Αν προσέλθει για ψυχιατρική αξιολόγηση ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει αναλυτικά τον ασθενή για την ψυχοπαθολογία, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές και την πρόγνωση σε περίπτωση θεραπείας και σε περίπτωση μη-θεραπείας. Ακολούθως ο ψυχίατρος πρέπει να τοποθετηθεί ξεκάθαρα για τη γνώμη του, χωρίς να κρύβεται πίσω από την αυτονομία του ασθενούς. Τελικά ο αυτόνομος ασθενής θα αποφασίσει αν θα κάνει θεραπεία η όχι, και ποια θεραπεία θα κάνει, μέσα στο πλαίσιο των προτεινόμενων επιστημονικά τεκμηριωμένων επιλογών και όχι εκτός του πλαισίου αυτού. Επομένως, ο ψυχίατρος δεν πρέπει να αποδεχτεί ενδεχόμενη εισήγηση του ασθενούς για

---

<sup>27</sup> "The psychiatrist should be knowledgeable how to assess the patient capacity to consent." (EPA, 2021), σελ. 3.

θεραπευτική μέθοδο ή συνταγογράφηση φαρμάκου την οποία ο γιατρός με το επιστημονικό του κριτήριο θεωρεί ανεπαρκή ή επιβλαβή ή λανθασμένη.

Σε περιπτώσεις ασθενών με επείγουσα ψυχιατρική συμπτωματολογία, όπου ο ασθενής λόγω της ψυχικής νόσου κρίνεται επικίνδυνος για τον εαυτό του λόγω αυτοκτονικότητας ή αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή επικίνδυνος για τους άλλους (συγγενείς ή για την κοινότητα) λόγω βίαιης ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς, θα χρειαστεί διάταγμα δικαστηρίου για να προχωρήσει η θεραπευτική διαδικασία. Αρχικά εκδίδεται διάταγμα υποχρεωτικής εξέτασης και ακολούθως, αν κριθεί από το δικαστήριο εκδίδεται διάταγμα προσωρινής υποχρεωτικής νοσηλείας και θεραπείας. Το διάταγμα υποχρεωτικής εξέτασης καταδεικνύει ότι υπάρχει μια τουλάχιστον εύλογη υποψία ότι ο ασθενής δεν έχει εναισθησία δηλαδή έχει μειωμένη αυτονομία και ζητείται η αξιολόγηση από ψυχίατρο και η γνωμοδότηση του ψυχιάτρου προς το δικαστήριο σχετικά με την ύπαρξη ή όχι ψυχικής διαταραχής στον ασθενή και τη βαρύτητα αυτής.

Ο ψυχίατρος που εξετάζει τον αυτόνομο ή το μη-αυτόνομο ασθενή πρέπει να έχει υπόψη του ότι ο βαθμός αυτονομίας του ασθενούς κατά κανόνα δεν είναι σταθερός αλλά παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με την κλινική εικόνα του ασθενούς. Η κλινική εικόνα μεταβάλλεται ακόμα και από μέρα σε μέρα σε κάποιες παθήσεις και σίγουρα η εξέταση αναφέρεται στην ώρα που πραγματοποιείται. Ενδεικτικά, στην αρχή μιας επείγουσας ψυχιατρικής νοσηλείας ο βαθμός αυτονομίας είναι μειωμένος και ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία του, αλλά όσο περνάνε οι μέρες και προχωράει η θεραπεία και η ψυχική κατάσταση του ασθενούς βελτιώνεται, ο βαθμός αυτονομίας αυξάνεται και ο ψυχίατρος πρέπει να εμπλέκει ολοένα και περισσότερο, κατά το δυνατό, τον ασθενή στη λήψη ιατρικών αποφάσεων που τον αφορούν. Εξάλλου ακόμα και βαρέως πάσχοντες με σοβαρή ψυχοπαθολογία μπορεί να παρουσιάζουν φωτεινά διαλείμματα κατά τα οποία μιλούν και σκέπτονται ορθολογικά και η κριτική τους ικανότητα φαίνεται ικανοποιητική.

Ο ψυχίατρος πρέπει να γνωρίζει ότι παράλληλα με τη μεταβολή της κλινικής εικόνας, η ικανότητα συγκατάθεσης παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με τις διακυμάνσεις της κλινικής εικόνας και ότι κάποιες σημαντικές αποφάσεις απαιτούν υψηλότερο επίπεδο ικανότητας συγκατάθεσης από ότι άλλες. Εάν ο ασθενής δώσει συγκατάθεση μετά από



ενημέρωση και στην πορεία προκύπτουν και άλλες ιατρικές πληροφορίες σχετικές με το θέμα, ο ψυχίατρος πρέπει να ενημερώσει ξανά τον ασθενή και κατά συνέπεια αυτό μπορεί να οδηγήσει σε άρση της συγκατάθεσης από τον ασθενή.

Ο ψυχίατρος οφείλει να υποστηρίξει ιατρικώς τον ασθενή με μειωμένη ικανότητα κρίσης απόφασης σχετικά με τη συγκατάθεση έτσι ώστε να φτάσει στο σημείο να μπορέσει να πάρει μια έγκυρη συγκατάθεση. Αν παρόλα αυτά η ικανότητα συγκατάθεσης δεν καταστεί εφικτό να αποκατασταθεί, τότε ο ψυχίατρος θα αναζητήσει συγκατάθεση από νόμιμο αντιπρόσωπο του ασθενούς. Στη λήψη συγκατάθεσης από τον αντιπρόσωπο, ο ψυχίατρος πρέπει να λαμβάνει υπόψιν το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, τη βούληση και την επιθυμία του. Αν η βούληση και η επιθυμία του ασθενούς έχουν εκδηλωθεί προγενέστερα ρητώς από τον ασθενή με εκ των προτέρων οδηγία, αυτή θα πρέπει να ληφθεί υπόψη.

Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος πρέπει να αναγνωρίζει ότι η υποχρεωτική νοσηλεία αποτελεί παραβίαση της αυτονομίας του ασθενούς που ηθικά δικαιολογείται σε ειδικές περιπτώσεις<sup>28</sup> (RCPsych, 2016) και μόνο στη βάση αγαθοπραξίας και προστασίας του δημοσίου συμφέροντος, με την προϋπόθεση ότι έχουν εξαντληθεί όλα τα περιθώρια συγκατάθεσης για εθελοντική θεραπεία<sup>29</sup>. Στην περίπτωση της υποχρεωτικής νοσηλείας και θεραπείας, πρέπει να επιλέγονται κατά το δυνατό τα λιγότερο περιοριστικά μέτρα για τον ασθενή<sup>30</sup> (CPI, 2019). Να σημειωθεί ότι στην υποχρεωτική θεραπεία η αυτονομία του ασθενούς δεν θεωρείται εξ'ορισμού απωλεσθείσα αλλά θα πρέπει να επανεκτιμάται σε τακτά διαστήματα διότι η γρήγορη αποκατάσταση της αποτελεί, εξάλλου, σημαντικό σκοπό της υποχρεωτικής θεραπείας.

Ο ασθενής δικαιούται να έχει πρόσβαση στις πληροφορίες που τον αφορούν, ανάλογα με το βαθμό αυτονομίας του. Όταν αποκατασταθεί πλήρως η αυτονομία του μπορεί να ζητήσει

---

<sup>28</sup> "Psychiatrists must support the least restrictive options for patients' healthcare." (RCPsych, 2016), principle 3.2, page 7.

<sup>29</sup> "Compulsory treatment may be justified where a less restrictive intervention cannot achieve safe and adequate care; its purpose is ultimately to promote and re-establish patients' autonomy and welfare" (WPA, 2020), page 4.

<sup>30</sup> "In the provision of mental healthcare, psychiatrists should support the least restrictive care option which is compatible with achieving an optimal treatment outcome." (CPI, 2019), page 8.

πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο. Οι πληροφορίες πρέπει να του δωθούν με εξαίρεση αυτές που ψυχιατρικώς κρίνονται επιζήμιες για τον ασθενή<sup>31</sup> (ΠΙΣ, 2013).

### **1.3.3 Αυτονομία και εμπιστευτικότητα**

Όσο πιο ακέραιη παραμένει η κριτική ικανότητα και η αυτονομία του ασθενούς τόσο μεγαλύτερη η σημασία και η ανάγκη της εμπιστευτικότητας και της τήρησης του ιατρικού απορρήτου. Αν η αυτονομία είναι μειωμένη ως συνέπεια της ψυχικής διαταραχής, οι συγγενείς θα κληθούν να πάρουν αποφάσεις για το ασθενή οπότε πρέπει να ενημερωθούν αναλόγως.

Πέρα από την επικοινωνία με συγγενείς, φροντιστές και κηδεμόνες του μη-αυτόνομου ασθενούς ο ψυχίατρος έχει πάγια δεοντολογική υποχρέωση να διατηρεί εμπιστευτικές τις πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή του. Κατά την έναρξη της θεραπείας οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τυχόν περιορισμούς στην εμπιστευτικότητα των κοινοποιούμενων πληροφοριών. Οι περιορισμοί μπορεί να αφορούν στο είδος της πληροφορίας ή στο πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται η συνέντευξη. Ο ψυχίατρος δεν κοινοποιεί πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς, με εξαίρεση περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένης μιας επικείμενης απειλής για άλλα άτομα ή υπό τον κατάλληλο νομικό καταναγκασμό. Ακόμη και όταν έχει ληφθεί η συγκατάθεση του ασθενούς για αποκάλυψη πληροφοριών, ο ψυχίατρος οφείλει να αποκαλύψει μόνο τις πληροφορίες που είναι απαραίτητες για τον συγκεκριμένο σκοπό. Όταν ο ψυχίατρος απαντά σε ερωτήσεις από μέλη της οικογένειας και άλλους φροντιστές, οφείλει να τους παρέχει εκπαίδευση σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές και τις θεραπείες γενικά, αλλά να μην συζητά τις ειδικές συνθήκες και τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς εκτός εάν έχει τη συγκατάθεση του ασθενή για να αποκαλύψει αυτές τις πληροφορίες.

---

<sup>31</sup> "Ο ασθενής ή ο νόμιμος αντιπρόσωπος του διακινείται να ζητήσει να λάβει γνώση του περιεχομένου του φακέλου του εκτός εάν η μετάδοση των πληροφοριών αυτών θεωρηθεί επιζήμια για τον ασθενή" (ΠΙΣ, 2013), άρθρο 15, σελ.4.

### **1.3.4 Αυτονομία χωρίς διακρίσεις**

Ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς, χωρίς να κάνει διακρίσεις στη βάση ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ασθενούς (RANZCP, 2018). Επιπροσθέτως από την προσωπική του κλινική πρακτική, ο ψυχίατρος οφείλει να αντιτίθενται σε κάθε μορφής διάκριση εις βάρος ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές και να αποφεύγει συμπεριφορές που μπορεί να προάγουν τις εν λόγω διακρίσεις (WPA, 2020).

Ειδικότερα, ο ψυχίατρος οφείλει να μην κάνει διακρίσεις εις βάρος της αυτονομίας των ασθενών στη βάση ηλικίας, φύλου (sex), κοινωνικού φύλου (gender), σεξουαλικού προσανατολισμού, φυλής, εθνότητας, εθνικότητας, ανικανότητας/αναπηρίας, γλώσσας, θρησκευτικών και πολιτικών πεποιθήσεων, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης. Νοείται ότι ο ψυχίατρος δεν πρέπει να προσπαθεί να επιβάλλει τις δικές του αξίες στον ασθενή και η υποχρέωση αυτή επεκτείνεται και περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενούς.

### **1.4 Δικαιοσύνη**

Η αρχή της δικαιοσύνης συμπεριλαμβάνεται σε όλους τους κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας και αποτελεί βασική υποχρέωση του ψυχιάτρου (RANZCP) όπως και κάθε ιατρού.

Η αρχή της δικαιοσύνης στην ψυχιατρική δεοντολογία αναφέρεται στην υποχρέωση του ψυχιάτρου να παρέχει ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας<sup>32</sup>, ισότιμη μεταχείριση στους ασθενείς του και να μην κάνει διακρίσεις στη βάση προσωπικών χαρακτηριστικών, δηλαδή να παρέχει ισότιμη και δίκαιη ψυχιατρική φροντίδα στους ασθενείς ανεξάρτητα από πολιτικές, θρησκευτικές, ιδεολογικές, ηθικές, φιλοσοφικές απόψεις, τοποθετήσεις,πίστεις των ασθενών, φύλου, φυλής, εθνότητας, σεξουαλικού προσανατολισμού, γλώσσας, ηλικίας, αναπηρίας (disability), κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, πολιτικών ή άλλων αξιωμάτων.

Σύμφωνα με τον περί ιατρών νόμο της Κυπριακής Δημοκρατίας, "ο ιατρός οφείλει να δείχνει σε όλους τους ασθενείς ίση μέριμνα, επιμέλεια και αφοσίωση, αδιαφορώντας για την

---

<sup>32</sup> Ο ψυχίατρος έχει καθήκον να αναζητά ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης αυτών. (WPA, 2020), page 2.

οικονομική κατάσταση και την κοινωνική θέση του καθενός και ανεξάρτητα των προσωπικών του συναισθημάτων” (ΠΙΣ, 2013)

Η δικαιοσύνη αποτελεί δεοντολογική υποχρέωση του ψυχιάτρου που απορρέει από το δικαίωμα των ασθενών να απολαμβάνουν ισότιμη, ποιοτική θεραπεία της ψυχικής τους διαταραχής. Σε επίπεδο δημόσιας υγείας, στο πλαίσιο βιοηθική και ψυχιατρικής δεοντολογίας, η δικαιοσύνη αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Μια στενότερη θεώρηση περιορίζει την προσβασιμότητα στους μη-δικαιούχους τους συστήματος υγείας, οι οποίοι απολαμβάνουν μόνο βασική φροντίδα συγκριτικά με τους δικαιούχους που απολαμβάνουν ευρύτερη φροντίδα. Μια ευρύτερη θεώρηση επεκτείνει την ισότιμη πρόσβαση στους μη-δικαιούχους, συμπεριλαμβάνοντας την υποχρέωση της πολιτείας για ψυχιατρική φροντίδα σε όλους τους κατοίκους της χώρας, νόμιμους και παράνομους, πέρα από τους πολίτες της χώρας δικαιούχους ή μη-δικαιούχους. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος θεραπεύει ασθενείς πέρα από το νομικό τους στάτους.

Στο πλαίσιο των υποχρεώσεων του που απορρέουν από τη βιοηθική αρχή της τη διανεμητικής δικαιοσύνης υπό την έννοια της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ο ψυχίατρος οφείλει να προωθεί τη δίκαιη κατανομή των πόρων για την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση ψυχιατρικών διαταραχών. Ο ψυχίατρος οφείλει να υποστηρίζει ιδιαίτερα την ανάπτυξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας, όχι μόνο σε προνομιούχες περιοχές και κοινωνικές ομάδες που βρίθουν υπηρεσιών αλλά ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπως και σε περιοχές όπου η φροντίδα για άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές είναι ανύπαρκτη ή υποτυπώδης.

### **1.5 Όρια της θεραπευτικής σχέσης**

Τα όρια είναι πυλώνες της ψυχιατρικής. Καθορίζουν το πλαίσιο της διαγνωστικής και θεραπευτικής σχέσης μέσα στο οποίο ο ψυχίατρος θα βοηθήσει τον ασθενή και θα εξασφαλίσει το θεραπευτικό του συμφέρον.

Συχνά ο ασθενής, λόγω της ψυχικής του κατάστασης, δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί, να θέσει από μόνος του και να κρατήσει τα όρια στις επαγγελματικές, οικογενειακές, διαπροσωπικές του σχέσεις, μεταξύ αυτών και στη θεραπευτική σχέση με τον ψυχίατρο. Για αυτό η οριοθέτηση είναι καθήκον του ψυχιάτρου. Τα όρια που τίθενται από την πλευρά του

ψυχιάτρου αφορούν την επικοινωνία με τον ασθενή και με τρίτους, τη διατήρηση και τη ρήξη του ιατρικού απορρήτου σε κάποιες περιπτώσεις, την αποφυγή εκμετάλλευσης οικονομικής ή άλλου τύπου, την αποφυγή ρομαντικών ή σεξουαλικών σχέσεων, τη συνταγογράφηση και γενικότερα το σχεδιασμό και τήρηση του θεραπευτικού πλάνου.

Ο ψυχίατρος, εξάλλου, είναι ηθικά υποχρεωμένος να αναγνωρίζει τα όρια της γνώσης του, να ξέρει, επομένως, πότε οφείλει να ζητήσει τη γνώμη εμπειρότερων συναδέλφων και πότε να παραπέμψει τον ασθενή του σε ιατρό άλλης ειδικότητας προς όφελος του θεραπευτικού συμφέροντος. Τα όρια στην επιστημονική γνώση δημιουργούν την ηθική υποχρέωση για διεπαγγελματική και διεπιστημονική συνεργασία. Ο ψυχίατρος οφείλει να συμβουλευέται εμπειρότερους συναδέλφους ψυχιάτρους και συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων όταν έχει να αντιμετωπίσει σπάνια, ασυνήθιστα, περίπλοκα ή δύσκολα κλινικά προβλήματα. Επιπροσθέτως, οφείλει να παρακολουθεί τις επιστημονικές εξελίξεις της ψυχιατρικής και να μοιράζεται τη γνώση του με τους συναδέλφους, αλλά και με άλλους επαγγελματίες υγείας ή/και με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, διευρύνοντας τα όρια της γνώσης.

Σε κάθε περίπτωση είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου να αναγνωρίζει τη σημασία των ορίων και να μπορεί να βάζει όρια εκεί που χρειάζεται, στον ασθενή και στον εαυτό του κατά την άσκηση της ψυχιατρικής αναγνωρίζοντας ότι η ψυχιατρική γνώση που μπορεί να κατέχει ο ψυχίατρος δεν είναι απεριόριστη. Ο ψυχίατρος πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει ότι εκεί που τελειώνει το όριο της γνώσης, αρχίζει η υποχρέωση για συνεργασία με άλλους συναδέλφους, προκειμένου να εξασφαλιστεί η βέλτιστη υπηρεσία προς τον ασθενή<sup>33</sup>

### **1.6 Ιατρικό απόρρητο - Εμπιστευτικότητα**

Ο ψυχίατρος έχει νομική και δεοντολογική υποχρέωση να διατηρεί την εμπιστευτικότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς, δηλαδή να διατηρεί το ιατρικό απόρρητο. Η υποχρέωση του ψυχιάτρου για σεβασμό του ιατρικού απορρήτου είναι στενά συνδεδεμένη με την υποχρέωση για σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς. Η υποχρέωση του ιατρικού απορρήτου είναι νομική υποχρέωση του ιατρού κάθε ειδικότητας άρα και του ψυχιάτρου<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> Όρια της γνώσης και υποχρέωση συνεργασίας. (WPA, 2020), page 3.

<sup>34</sup> Η σχέση ιατρού ασθενή είναι ιερή. Σ' αυτήν ο ασθενής εμπιστεύεται και δίνει όλες τις αναγκαίες πληροφορίες στον ιατρό για να τον διευκολύνει στη διάγνωση και θεραπεία με τη βεβαιότητα πως αυτός θα τηρήσει απόλυτη εχεμύθεια. Μόνο με τη γραπτή συγκατάθεση του αρρώστου ή του νόμιμου αντιπροσώπου

(ΠΙΣ, 2013). Η νομική ρύθμιση της υποχρέωσης του ιατρού στην τήρηση του ιατρικού απορρήτου και των περιπτώσεων που επιβάλλεται άρση του ιατρικού απορρήτου, προστατεύουν τον ασθενή, τον ιατρό και το ιατρικό λειτούργημα της ψυχιατρικής<sup>35</sup> (ΠΙΣ, 2005).

Ιατρικό απόρρητο είναι η υποχρέωση του ψυχιάτρου να διατηρεί την ιδιωτικότητα και την εμπιστευτικότητα των ασθενών και των οικογενειών τους. Στην ψυχιατρική υπάρχει επιπλέον ανάγκη για τήρηση της εμπιστευτικότητας, λόγω του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή και του κοινωνικού και προσωπικού κόστους που συνοδεύει τη διαρροή ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων<sup>36</sup>. (RCPsych, 2016)

Κατά τη διάρκεια της διαγνωστικής και της θεραπευτικής διαδικασίας ο ψυχίατρος οφείλει να εμφυσήσει και να εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή του, σε βαθμό που ο ασθενής πρέπει να είναι βέβαιος ότι αυτά που αποκαλύπτει στον ψυχίατρο του δε θα κοινοποιηθούν, δε θα δημοσιευτούν, ούτε θα χρησιμοποιηθούν με ακατάλληλο τρόπο.

Το ιατρικό απόρρητο δεν εξυπηρετεί μόνο την προστασία της αυτονομίας του ασθενούς και την προστασία των προσωπικών του δεδομένων αλλά εξυπηρετεί και τη δημόσια υγεία. Αν δεν υπήρχε η υποχρέωση του γιατρού για τήρηση εμπιστευτικότητας, δηλαδή αν η σχέση ψυχιάτρου-ασθενούς δεν βασιζόταν στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα τη διστακτικότητα και ενδεχομένως την αποφυγή της επίσκεψης στο γιατρό από τον ασθενή. Ειδικά στην περίπτωση της ψυχιατρικής υπάρχει η ιδιαιτερότητα ότι οι

---

του μπορεί ο ιατρός να αποκαλύψει τις πληροφορίες αυτές. Την ίδια υποχρέωση για τήρηση της απόλυτης εχεμύθειας θα πρέπει ο ιατρός να μεταδώσει και στους βοηθούς του ή σε άτομα που προπαρασκευάζονται το ιατρικό επάγγελμα". (ΠΙΣ, 2013), σελ. 3.

<sup>35</sup> "Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν: α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του. β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά, γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας." (ΠΙΣ, 2005), άρθρο 13, παράγραφος 3.

<sup>36</sup> "Respect for the duty of confidentiality makes it more likely that patients will share important information for the purposes of care and treatment; it also promotes the trust and confidence of the public so that people seek help promptly and consistently for mental health problems. This is especially important in the area of mental illness where stigma and discrimination may prevent some people seeking help." (RCPsych, 2016) principle 4.1, page 9.

ψυχική διαταραχή συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα και αυτό ήδη μειώνει την προσβασιμότητα στον ψυχίατρο<sup>37</sup> (RCPsych, 2016). Η ανησυχία ότι δεν υπάρχει εμπιστευτικότητα θα μείωνε ακόμα περισσότερο την προσβασιμότητα στον ψυχίατρο. Συνεπώς ο σεβασμός από την ψυχιατρική κοινότητα στο ιατρικό απόρρητο και η θεσμική κατοχύρωση αυτού, είναι απαραίτητες για την αύξηση της προσβασιμότητας των ασθενών στο γιατρό πράγμα που συμβάλει στην προστασία της δημόσιας ψυχικής υγείας. Ο σεβασμός στο ιατρικό απόρρητο και η αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος είναι δύο σημαντικές παράμετροι που αυξάνουν την εμπιστοσύνη του κοινού στην ψυχιατρική και αυξάνουν την προσβασιμότητα των ασθενών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που τόσο έχουν ανάγκη<sup>38</sup>. (CPI, 2019)

Ο ασθενής που προσέρχεται στον ψυχίατρο θεωρεί δεδομένο ότι οι πληροφορίες που δίνει στον ψυχίατρο σχετικά με το ιστορικό και την παρούσα ψυχική του κατάσταση είναι εμπιστευτικές. Νοείται ότι όταν η θεραπεία γίνεται σε πλαίσιο πολυθεματικής ομάδας ο ψυχίατρος μπορεί να μοιραστεί πληροφορίες με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας στο βαθμό που είναι απαραίτητο για την αποτελεσματική συνεργασία που θα εξυπηρετήσει στο βέλτιστο βαθμό το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, στο βαθμό που μπορούν να διαχειριστούν την πληροφορία και δεσμεύονται από το επαγγελματικό απόρρητο<sup>39</sup> (ΠΙΣ, 2005).

Όταν δύο ή περισσότεροι ιατροί μοιράζονται τη φροντίδα και τη θεραπευτική ευθύνη του ασθενούς, τότε ο ψυχίατρος οφείλει να αποκαλύπτει ιατρικά χρήσιμες πληροφορίες στο πλαίσιο της ιατρικής συνεργασίας που σκοπό έχει την υποστήριξη του θεραπευτικού

---

<sup>37</sup> "This is especially important in the area of mental illness where stigma and discrimination may prevent some people seeking help." (RCPsych, 2016) principle 4.1, page 9

<sup>38</sup> "Respect for confidentiality makes it more likely that the patient will share important information pertinent to care and treatment. It also promotes public trust so that people with mental health problems are more likely to seek appropriate help. This is particularly important where on-going stigma and discrimination act as a disincentive to people seeking help." (CPI, 2019), page 9.

<sup>39</sup> "Ο ιατρός οφείλει να σέβεται, να διατηρεί άριστες σχέσεις και να συνεργάζεται αρμονικά με τους νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του, παραμερίζοντας οποιαδήποτε τυχόν διαφορά, με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και την εύρυθμη λειτουργία του φορέα παροχής υπηρεσιών. Ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή." (ΠΙΣ, 2005)

συμφέροντος του ασθενούς. Νοείται ότι πληροφορίες που έρχονται εις γνώση του ψυχιάτρου από το συνθεραπευτή καλύπτονται και αυτές από το ιατρικό απόρρητο. Η σύγχρονη κλινική ιατρική συχνά επιτάσσει τη συνεργασία διεπαγγελματικής διεπιστημονικής πολυθεματικής ομάδας για τη θεραπεία του ασθενούς. Στην περίπτωση αυτή ο Ψυχίατρος οφείλει να διαμοιράζεται με τη διεπαγγελματική ομάδα πληροφορίες, στο βαθμό που είναι κλινικά απαραίτητες και στο βαθμό που η πολυθεματική ομάδα μπορεί να τις διαχειριστεί προς όφελος του ασθενούς. Ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται τη διεπαγγελματική ομάδα αναγνωρίζοντας ότι κάθε επαγγελματίας έχει διαφορετική γνώση που απορρέει από τη διαφορετικότητα της επιστημονικής του εκπαίδευσης και της επαγγελματικής του εμπειρίας<sup>40</sup>. (CPI, 2019)

Να σημειωθεί ότι πλέον στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οι ιατρικές πληροφορίες αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και η αποκάλυψη τους απαγορεύεται. Η σχετική ευρωπαϊκή οδηγία (General Data Protection Rule, GDPR, Γενικός Κανονισμός Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων) έχει ενσωματωθεί στις εθνικές νομοθεσίες των κρατών μελών. Στο πλαίσιο αυτό η αποκάλυψη ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων σε μη-εξουσιοδοτημένα άτομα δύναται να αποτελεί άνομη πράξη. Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα αρχεία που περιέχουν πληροφορίες που τον αφορούν<sup>41</sup> (ΠΙΣ, 2005).

Εκτός από τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, ο ψυχίατρος συχνά καλείται να συνεργαστεί με τους συγγενείς ή σημαντικά για τον ασθενή πρόσωπα (πχ φροντιστής, σύντροφος κλπ) προκειμένου να πάρει πληροφορίες που θα οδηγήσουν σε ακριβέστερη θεραπευτική προσέγγιση, να κάνει ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, να τους εκπαιδεύσει ψυχοεκπαιδευτικά, με σκοπό να βοηθήσουν στην εξυπηρέτηση του θεραπευτικού συμφέροντος του ασθενή. Στην περίπτωση αυτή ο ψυχίατρος οφείλει να έχει πάρει την άδεια του ασθενή σχετικά με το ποιες πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή θα μοιραστεί και με ποιο συγγενή του ασθενούς θα τις μοιραστεί. Σε κάθε περίπτωση οι πληροφορίες που θα διαμοιραστούν θα πρέπει να περιορίζονται στις απολύτως απαραίτητες.

---

<sup>40</sup> "Psychiatrists working within multidisciplinary teams (MDT) should utilise the expertise of other team members." (CPI, 2019), page 8.

<sup>41</sup> "Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης, σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν." (ΠΙΣ, 2005), άρθρο 14, παράγραφος 10.



Σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται ρήξη του ιατρικού απορρήτου ακόμα και χωρίς την άδεια του ασθενή, και ο ψυχίατρος καλείται να ενημερώσει τον κοινωνικό λειτουργό ή/και την αστυνομία. Οι περιπτώσεις αυτές είναι 1) όταν διαπιστωθεί υπόθεση κακοποίησης ανηλίκου (σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, ψυχολογική κακοποίηση, παραμέληση), 2) όταν διαπιστωθεί υπόθεση κακοποίησης ανήμπορου υπερήλικα (πχ ασθενή με άνοια ή με κινητικά προβλήματα), 3) όταν διαπιστωθεί περίπτωση κακοποίησης ενήλικα με ειδικές ανάγκες (πχ νοητική υστέρηση, σύνδρομο Down, άλλα σύνδρομα κλπ), 4) όταν διαπιστωθεί πρόθεση ή/και σχεδιασμός αυτοκτονίας, 5) όταν διαπιστωθεί σχεδιασμός ανθρωποκτονίας ή άλλης βίαιης συμπεριφοράς, όταν ο ψυχίατρος διαπιστώσει ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να οδηγεί με ασφάλεια μηχανοκίνητο όχημα, 8) όταν ζητηθεί από το δικαστήριο άρση του ιατρικού απορρήτου. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει τον ασθενή για τη ρήξη του απορρήτου<sup>42</sup> (CMA, 2002). Όταν διαμοιράζονται εμπιστευτικές πληροφορίες, αυτό πρέπει να γίνεται με όσο το δυνατό πιο διάφανο τρόπο ακολουθώντας πιστά τους κατά τόπους προβλεπόμενους κανονισμούς και διαδικασίες<sup>43</sup>. (RCPsych, 2016)

Σε ακραίες περιπτώσεις όπως στην περίπτωση που ο ψυχίατρος διαπιστώσει ότι ο ασθενής του σχεδιάζει ανθρωποκτονία, ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση ρήξης του ιατρικού απορρήτου και αποκάλυψης της πληροφορίας στην αστυνομία αλλά και στο υποψήφιο θύμα (πχ συγγενής ή σύντροφος του ασθενούς) ώστε και ο ίδιος να μπορέσει να προστατεύσει έγκαιρα τον εαυτό του (Prost, 2022) (Guina, 2022) (Johnson, 2019).

Ρήξη του ιατρικού απορρήτου δικαιολογείται για καλά τεκμηριωμένους λόγους δημοσίου συμφέροντος, προκειμένου να προστατευτεί η δημόσια ασφάλεια ή/και η ασφάλεια του ασθενούς. Σε άλλες περιπτώσεις όπου ο ψυχίατρος κρίνει ότι πρέπει να μοιραστεί πληροφορίες με άλλους ιατρούς, προκειμένου να εξυπηρετηθεί το θεραπευτικό συμφέρον

---

<sup>42</sup> The psychiatrist–patient relationship has at its core both privilege and confidentiality, concepts protected by law.

However, there are some circumstances wherein breaching confidentiality may be mandated by law (for example, suspicion of child abuse or concerns about a patient’s ability to operate a motor vehicle safely). Like other physicians, psychiatrists have an ethical obligation to report these circumstances to the appropriate authority. Although psychiatrists are required to report such circumstances, the patient should nevertheless be informed before confidentiality is breached. (CMA, 2002), page 5

<sup>43</sup> “ Where possible, sharing confidential information should take place in a transparent way, with the patient’s full informed consent, and at all times in compliance with best practice and law.” (RCPsych, 2016), principle 4.2, page 9.

του ασθενούς, μπορεί να το κάνει λαμβάνοντας υπόψη την επιθυμία του ασθενή για το ποιες πληροφορίες μπορεί να αποκαλύψει. Το ιατρικό απόρρητο σπάει επίσης αν το ζητήσει ο δικαστής με δικαστική εντολή ή/και κλήτευση στο δικαστήριο. Σε αυτή την περίπτωση ο ψυχίατρος πρέπει να περιορίσει τις αποκαλύψεις μόνο σε αυτές που είναι απολύτως απαραίτητες για την εξυπηρέτηση της δικαστικής ανάγκης.

Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου, το οποίο είναι το θεμέλιο της θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενούς πάνω στην οποία βασίζεται κάθε ψυχιατρική θεραπεία. Η ρήξη της σχέσης εμπιστοσύνης υπονομεύει τη θεραπεία και επιδεινώνει την πρόγνωση της ψυχικής διαταραχής. Το ιατρικό απόρρητο μπορεί να αρθεί με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, για παράδειγμα όταν ο ψυχίατρος με την άδεια του ασθενούς ενημερώνει ένα συγγενή του ασθενούς. Το ιατρικό απόρρητο μπορεί να αρθεί χωρίς την άδεια του ασθενούς σε ειδικές περιπτώσεις. Ειδικότερα, όταν ο ψυχίατρος διαπιστώσει κακοποίηση μη-αυτόνομου ασθενή (σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική, παραμέληση), όταν ο ψυχίατρος διαπιστώσει αυτοκτονικό ή ανθρωποκτονικό σχεδιασμό του ασθενούς, και όταν το δικαστήριο διατάξει άρση του ιατρικού απορρήτου στο πλαίσιο δικαστικής διερεύνησης.

Στην περίπτωση που ο ιατρός κληθεί από το δικαστήριο να άρει το ιατρικό απόρρητο και να αποκαλύψει στο δικαστήριο στοιχεία από το φάκελο του ασθενούς, τότε ο ψυχίατρος οφείλει να περιορίσει τις αποκαλύψεις στα απολύτως απαραίτητα στοιχεία που αφορούν την υπόθεση και θα βοηθήσουν το δικαστήριο στην απονομή της δικαιοσύνης.

Συχνά φτάνουν στον ψυχίατρο πληροφορίες για τον ασθενή από άλλες πηγές συνήθως από συγγενείς του ασθενούς. Ο ψυχίατρος οφείλει να μεταφέρει στον ασθενή του πληροφορίες που τον αφορούν οι οποίες έφτασαν στον ψυχίατρο από άλλες πηγές, εκτός αν κρίνει ότι ο ασθενής δεν μπορεί επί του παρόντος να διαχειριστεί τις εν λόγω πληροφορίες και ότι η αποκάλυψη θα επιδεινώσει την πρόγνωση και την έκβαση της ψυχικής του υγείας. Νοείται ότι ο ψυχίατρος οφείλει να ξεκαθαρίσει από την αρχή στο συγγενή του ασθενή ότι δεν μπορεί να κρατήσει μυστικές αυτές τις πληροφορίες, εκτός αν ο ίδιος ο ασθενής έχει εξουσιοδοτήσει το γιατρό να συνεργάζεται και να ενημερώνει το συγγενή του. Ο ψυχίατρος πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει και να διαχειριστεί τη σύγκρουση που ενδέχεται να

προκύψει μεταξύ της υποχρέωσης του να μην αποκαλύψει την πηγή πληροφοριών και της υποχρέωσης του να είναι ειλικρινής προς τον ασθενή και να μην του αποκρύπτει πληροφορίες που τον αφορούν. Η σύγκρουση αυτή λύεται με γνώμονα το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς.

Σύγκρουση συμφερόντων δημιουργείται συχνά ότι ο ψυχίατρος έχει αναλάβει τη θεραπεία δύο συγγενών πχ μητέρας και γιου, γι'αυτό καλό είναι προληπτικά να αποφεύγεται ή τουλάχιστον να μην ενθαρρύνεται τέτοια διευθέτηση και ο ένας από τους δύο ασθενείς να παραπέμπεται σε άλλο ψυχίατρο στη βάση της δεοντολογικής τεκμηρίωσης της αποφυγής σύγκρουσης συμφερόντων. Στην περίπτωση που ο ίδιος ψυχίατρος θεραπεύει στο ιατρείο του ή στην ίδια κλινική δύο ασθενείς που έχουν στενή σχέση μεταξύ τους, είναι υποχρεωμένος να αναγνωρίζει έγκαιρα και να προλαμβάνει ενδεχόμενες συγκρούσεις συμφερόντων που μπορεί να προκύψουν.

Η υποχρέωση για τήρηση του ιατρικού απορρήτου δεν περιορίζεται στο χρονικό διάστημα που διαρκεί η θεραπευτική σχέση. Ο ψυχίατρος οφείλει να διασφαλίσει το ιατρικό απόρρητο ακόμα και μετά την ολοκλήρωση/διακοπή της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή του καθώς επίσης και μετά το θάνατο του ασθενούς. Η ρήξη ιατρικού απορρήτου μετά το θάνατο του ασθενή μπορεί να γίνει μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως π.χ την ανάγκη ενός συγγενή να διαπιστώσει έναν κληρονομικό κίνδυνο νόσησης ή όταν απαιτείται από το νόμο ή όταν το ζητήσει ο ιατροδικαστής στο πλαίσιο των καθηκόντων του<sup>44</sup>. (CPI, 2019)

Ο ψυχίατρος συχνά έχει υποχρέωση στην εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής και ειδικευομένων ψυχιάτρων. Όταν ο ψυχίατρος χρησιμοποιεί κλινικό υλικό για τη διδασκαλία φοιτητών από αμφιθέατρο, ειδικευομένων κλπ ή κατά τη δημοσίευση κλινικής περίπτωσης σε επιστημονικό περιοδικό, οφείλει πέρα από την ανωνυμία του ασθενή να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στο περιεχόμενο της διδασκαλίας ώστε η ταυτότητα του ασθενή να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος οφείλει να σεβαστεί το δικαίωμα του ασθενή στην ιδιωτικότητα και να εξασφαλίσει συναίνεση μετά από

---

<sup>44</sup> "The duty of confidentiality continues after the death of a patient, except where disclosure is required by law (coroner) or where disclosure is necessary to meet a statutory duty of candour." (CPI, 2019), page 9.

ενημέρωση του εμπλεκόμενου ασθενή ή της οικογένειας του. Κατά τη διαδικασία ενημέρωσης για λήψη συγκατάθεσης, ο ψυχίατρος πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ότι δικαιούται να αρνηθεί<sup>45</sup> (CMA, 2002) και ότι ενδεχόμενη άρνηση σε καμιά περίπτωση δε θα επηρεάσει την μεταξύ τους θεραπευτική σχέση και δεν θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στη θεραπεία<sup>46</sup>. Νοείται ότι στην περίπτωση ειδικευομένων ψυχιάτρων ο ασθενής ενημερώνεται ότι πρόκειται για ιατρούς της κλινικής που αποτελούν μέλη της θεραπευτικής ομάδας και δεσμεύονται από το ιατρικό απόρρητο.

Το ιατρικό απόρρητο ενίοτε καλύπτεται από εθνικές νομοθεσίες, εσωτερικούς κανονισμούς ιατρικών εταιρειών και από τοπικούς κώδικες δεοντολογίας ψυχιατρικών εταιρειών αλλά υπάγεται και στο γενικό κανονισμό προστασίας προσωπικών δεδομένων GDPR. Σε αυτό το πλαίσιο ο ψυχίατρος οφείλει να μην αποκαλύπτει προσωπικά δεδομένα σε τρίτους στη βάση και της πρόνοιας GDPR. Σε κλινικό επίπεδο να κρατάει ισορροπία μεταξύ διατήρησης της εμπιστευτικότητας ως βασικό χαρακτηριστικό της κλινικής πρακτικής και αποκάλυψης στοιχείων μόνο στη βάση της αγαθοπρακτικής υποχρέωσης προς εξυπηρέτηση των συμφερόντων του ασθενούς. Όταν τα ιατρικά δεδομένα χρησιμοποιούνται για διδασκαλία ή σε ερευνητική δημοσίευση σε επιστημονικό περιοδικό. Να αποκρύπτει την ταυτότητα του ασθενή και άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να αποκαλύψουν την ταυτότητα του, σε βαθμό να μην είναι αναγνωρίσιμος. Όταν νοσηλεύει στην ίδια κλινική ασθενείς που γνωρίζει ο ένας τον άλλον να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός στην προστασία προσωπικών δεδομένων. Τέλος όταν υπάρχει ανάγκη αποκάλυψης προσωπικών δεδομένων ή δικαστική κλήτευση για άρση απορρήτου, θα αποκαλύπτονται τα αναγκαία για το συγκεκριμένο σκοπό προσωπικά δεδομένα.

Ο αυτόνομος ασθενής μπορεί να αποποιηθεί το δικαίωμα του στο ιατρικό απόρρητο εξουσιοδοτώντας το γιατρό να ενημερώσει, κατά την κρίση του, του συγγενείς του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και το θεραπευτικό σχεδιασμό.

---

<sup>45</sup> “Respect the right of a competent patient to accept or reject any medical care recommended.” (CMA, 2002)

<sup>46</sup> “ This article does not preclude psychiatrists’ refusing to accept the care of patients to shape their practices according to their skills and interests” (CMA, 2002), page 3-4.

## 1.7 Εγκυρότητα συγκατάθεσης

Ο ψυχίατρος, στο πλαίσιο της υποχρέωσης του να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενούς δεν αξιολογεί και δεν θεραπεύει τον αυτόνομο ασθενή χωρίς τη συγκατάθεση του. Χρειάζεται να προηγηθεί έγκυρη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του αυτόνομου ασθενούς. Αν ο ασθενής δεν είναι αυτόνομος τότε μπορεί να τον εξετάσει και να τον θεραπεύσει χωρίς τη συγκατάθεση του, με την προϋπόθεση της έκδοσης δικαστικού διατάγματος θεραπείας. Αν πρόκειται για περιστατικό επείγουσας ψυχιατρικής που συνοδεύεται από άμεση επικινδυνότητα για τον ασθενή ή για την κοινότητα, τότε ο ψυχίατρος έχει το θεραπευτικό προνόμιο και οφείλει να πάρει πρωτοβουλία προς όφελος του ασθενή και της κοινότητας. Η πρωτοβουλία συνίσταται αρχικά στην πρόταση για εθελοντική θεραπεία και στην εξάντληση των περιθωρίων αυτής και ακολούθως στην εκκίνηση διαδικασίας υποχρεωτικής θεραπείας. Στην περίπτωση αυτή συγκρούεται η αρχή της αυτονομίας με την αρχή της αγαθοπραξίας, και στο επείγον περιστατικό με άμεση σοβαρή επικινδυνότητα υπερτερεί η αρχή της αγαθοπραξίας. Η συγκατάθεση του ασθενή πρέπει να είναι έγκυρη πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει να έχει προηγηθεί ενημέρωση του ασθενούς και ο ασθενής να έχει καταλάβει την ενημέρωση (RCPsych, 2016)<sup>47</sup>. Η ενημέρωση προϋποθέτει ότι ο ψυχίατρος παρέχει την ενημέρωση και ο ασθενής είναι σε θέση να προσλάβει την πληροφορία. Θα πρέπει ο ασθενής να είναι σε θέση να επεξεργαστεί ορθολογικά και κριτικά την πληροφορία και οδηγηθεί ανεπηρέαστος σε ορθολογικό συμπέρασμα. Θα πρέπει επίσης να είναι σε θέση να επαναλάβει και να επικοινωνήσει την πληροφορία αυτή σε διαλογικό επίπεδο με λογικά επιχειρήματα<sup>48</sup> (RCPsych, 2016). Η απόφαση του θα πρέπει να είναι σαφής και σταθερή και όχι ασαφής, ασταθής, συγχυτική, κυμαινόμενη και αμφιθυμική. Η εγκυρότητα της συναίνεσης μπορεί να αμφισβητηθεί από τον ασθενή στο μέλλον και αυτό είναι κάτι που έχει συμβεί.

---

<sup>47</sup> "All treatments and procedures have potential detrimental as well as beneficial effects, and so it is important that the patient, and their family if appropriate, is involved in partnership with the treating psychiatrist in the decision making process. Valid consent must be obtained before embarking on a treatment course or procedure." (RCPsych, 2016), principle 5.1, page 11.

<sup>48</sup> "The first step in the process of obtaining valid consent is an assessment of the patient's capacity (or competence if they are under 16 years of age) to understand the information, retain the information, weigh the information in the balance and communicate the decision back to the psychiatrist." (RCPsych, 2016), principle 5.2, page 11

Ο αυτόνομος ασθενής μπορεί να αποποιηθεί του δικαιώματος στην ενημέρωση σχετικά με τη θεραπεία του εξουσιοδοτώντας το γιατρό να επιλέξει αυτός. Αναλόγως μπορεί να αποποιηθεί και του δικαιώματος του στο ιατρικό απόρρητο εξουσιοδοτώντας το γιατρό να ενημερώσει τους συγγενείς κατά την κρίση του.

### **1.8 Επείγουσα ψυχιατρική και συναίνεση μετά από ενημέρωση**

Οι επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις αφορούν περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι στο πλαίσιο της της ψυχικής τους διαταραχής παρουσιάζουν συμπτώματα που τους καθιστούν επικίνδυνους για τον εαυτό τους ή/και για την κοινότητα. Η επικινδυνότητα προς τον εαυτό στην ακραία μορφή αφορά αυτοκτονικό ιδεασμό ή αυτοκτονική πρόθεση με ή χωρίς αυτοκτονικό σχεδιασμό. Η επικινδυνότητα προς την κοινότητα αφορά βίαιη συμπεριφορά ή σχεδιασμό βίαιης συμπεριφοράς, το κίνητρο της οποίας απορρέει από την ψυχική διαταραχή του πάσχοντα.

Στην επείγουσα ψυχιατρική είναι συχνές οι περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν μπορεί να δώσει συγκατάθεση ή συναίνεση μετά από ενημέρωση, διότι η κατάσταση της υγείας του δεν του επιτρέπει ενημερωθεί επαρκώς. Επίσης συχνή είναι η περίπτωση όπου ο ασθενής δεν έχει εναισθησία (insight) οπότε δεν αντιλαμβάνεται ότι πάσχει και κατά συνέπεια δεν δέχεται ψυχιατρική εξέταση και θεραπεία, παρά τις συστάσεις του ιατρού και των συγγενών του. Στις περιπτώσεις έλλειψης εναισθησίας ή αδυναμίας ενημέρωσης δεν μπορεί να θεωρηθεί έγκυρη η συγκατάθεση αφού ο ασθενής προσωρινά δεν είναι αυτόνομος να αποφασίσει.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία περιπλέκεται. Ο ψυχίατρος έχει την ηθική υποχρέωση να βρει τρόπο να βοηθήσει τον ασθενή, μέσα από διαδικασίες προβλεπόμενες από τη νομοθεσία και από τον κώδικα ψυχιατρικής δεοντολογίας. Σε σοβαρές περιπτώσεις, μετά από γραπτή αίτηση κοντινού συγγενικού προσώπου ή εκπροσώπου της πολιτείας, εκδίδεται διάταγμα υποχρεωτικής ψυχιατρικής εξέτασης και ο ασθενής εξετάζεται από ψυχίατρο. Στη βάση της γραπτής σύστασης του ψυχιάτρου που τον εξέτασε, το δικαστήριο δύναται να εκδώσει διάταγμα προσωρινής υποχρεωτικής ασφαλούς νοσηλείας. Ως κοντινό συγγενικό πρόσωπο θεωρείται η σύζυγος και ακολούθως με σειρά εγγύτητας οι γονείς, τα ενήλικα παιδιά με σειρά ηλικίας, τα ενήλικα αδέρφια με σειρά ηλικίας. Ως εκπρόσωπος της

πολιτείας θεωρείται ο κοινωνικός λειτουργός ή η αστυνομία σε περίπτωση που συνυπάρχει θέμα δημόσιας τάξης.

Ο ψυχίατρος έρχεται αντιμέτωπος με τη σύγκρουση δύο αρχών της ιατρικής δεοντολογίας αφού συγκρούεται η υποχρέωση του να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενούς (αρχή της αυτονομίας) με την υποχρέωση του να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς (αρχή της αγαθοπραξίας). Εδώ ο ψυχίατρος καλείται να εκτιμήσει όχι μόνο από ιατρική προσέγγιση, αλλά να εκτιμήσει και την επιθυμία που θα έχει ο ασθενής αν ήταν αυτόνομος (εκτιμώμενη συναίνεση)<sup>49</sup> (CMA, 2002). Σε επείγουσες καταστάσεις υγείας στη σύγκρουση υπερτερεί η αρχή της αγαθοπραξίας, έχει δηλαδή ο θεράπων το θεραπευτικό προνόμιο. Το θεραπευτικό προνόμιο συνίσταται στην έναρξη επείγουσας θεραπείας. Νοείται ότι όταν ο ασθενής με σοβαρή διαταραχή συμπεριφοράς, επιθετικότητα και επικινδυνότητα αρνείται ενεργά τη λήψη θεραπείας, η θεραπεία δύναται να υλοποιηθεί μέσα από τη διαδικασία έκδοσης δικαστικού διατάγματος υποχρεωτικής θεραπείας.

### **1.9 Υποχρεωτικές νοσηλίες στο ψυχιατρικό νοσοκομείο**

Στο πλαίσιο της υποχρέωσης σεβασμού της αυτονομίας του ασθενούς ο ψυχίατρος δεν αξιολογεί και δεν θεραπεύει αυτόνομους ασθενείς παρά τη θέληση τους ακόμα και στην περίπτωση που χρήζουν θεραπείας. Οι θεραπείες και οι νοσηλίες ασθενών με ψυχική διαταραχή γίνονται κατόπιν εξασφάλισης συναίνεσης μετά από ενημέρωση του αυτόνομου ασθενούς. Υπάρχουν περιπτώσεις στην καθημερινή κλινική πρακτική όπου ο ασθενής στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας του έχει μειωμένη κριτική ικανότητα και δεν μπορεί να πάρει αποφάσεις που αφορούν την υγεία του και αυτό συχνά οφείλεται σε έλλειψη εναισθησίας, δηλαδή δεν αντιλαμβάνεται ότι πάσχει και αποδίδει τη συναισθηματική, νοητική και συμπεριφορική του διαταραχή σε άλλους, εξωιατρικούς παράγοντες. Στην περίπτωση αυτή ο ψυχίατρος οφείλει, στο πλαίσιο της υποχρέωσης για αγαθοπραξία, να πάρει ξεκάθαρη θέση και να τον ενημερώσει αναλυτικά για την ανάγκη θεραπείας, τις θεραπευτικές επιλογές και την βέλτιστη διαθέσιμη ψυχιατρική θεραπεία που συνιστά καθώς και για τις πιθανές αρνητικές εξελίξεις στην ψυχική σωματική και κοινωνική του υγεία σε περίπτωση

---

<sup>49</sup> " When the intentions of an incompetent patient are unknown and when no appropriate proxy is available, render such treatment as you believe to be in accordance with the patient's values or, if these are unknown, the patient's best interests." (CMA, 2002) page 5.

που μένει χωρίς θεραπεία. Αν ο ασθενής επιπροσθέτως, στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας του παρουσιάζει άμεση επικινδυνότητα για τον εαυτό του ή για τους άλλους, για τους συγγενείς ή για την κοινότητα, τότε ο ψυχίατρος οφείλει να προχωρήσει ένα βήμα παραπάνω για να εκπληρώσει την υποχρέωση του για αγαθοπραξία. Αυτό το βήμα είναι η γραπτή εισήγηση για έκδοση προσωρινού διατάγματος νοσηλείας, σε ασφαλές νοσοκομειακό κέντρο. Οι περιπτώσεις ασθενών που χρήζουν υποχρεωτικής νοσηλείας κατά κανόνα αφορούν περιπτώσεις όπου ο ασθενής συνεπεία της ψυχοπαθολογίας του παρουσιάζει βίαιη συμπεριφορά ή έχει σκέψεις, ιδεασμό, πρόθεση ή/και σχεδιασμό ανθρωποκτονίας ή αυτοκτονίας. Μπορεί να έχουν προσέλθει εθελοντικά για εξέταση αλλά να μη αναγνωρίζουν την ανάγκη θεραπείας και τους κινδύνους μη-θεραπείας ή μπορεί να έχουν προσέλθει για υποχρεωτική εξέταση με δικαστικό διάταγμα υποχρεωτικής εξέτασης. Στην περίπτωση που έχουν προσέλθει με διάταγμα υποχρεωτικής εξέτασης, συνήθως ή διαδικασία έχει κινηθεί από συγγενείς του ή από κηδεμόνα ή από την πολιτεία (κοινωνικό λειτουργό) και η προσέλευση γίνεται συνοδεία της αστυνομίας. Πρόκειται επομένως για περιπτώσεις επειγόντων ψυχιατρικών περιστατικών.

Στην περίπτωση της επείγουσας ψυχιατρικής, δεοντολογικά ο ψυχίατρος καλείται ενίοτε να πάρει αποφάσεις ενάντια στην επιθυμία του ασθενούς πάντα όμως με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς. Πρόκειται για σύγκρουση της αρχής της αυτονομίας με την αρχή της αγαθοπραξίας, και στην περίπτωση αυτή επικρατεί η αρχή της αγαθοπραξίας. Αυτή η απόφαση δικαιολογείται ηθικά επειδή ο ασθενής είναι μη-αυτόνομος, επομένως δεν μπορεί να αντιληφθεί επαρκώς, να επεξεργαστεί κριτικά και ορθολογικά, να επιχειρηματολογήσει ορθολογικά και να επικοινωνήσει την ιατρική πληροφορία που του παρέχεται, είναι δηλαδή μη-αυτόνομος. Έχει απωλέσει προσωρινά την αυτονομία του. Ο μη-αυτόνομος ασθενής δεν μπορεί να δώσει συγκατάθεση μετά από ενημέρωση όπως γίνεται με τον αυτόνομο ασθενή. Επιπροσθέτως, σε επείγουσες ιατρικές καταστάσεις, όπως ισχύει γενικά στην επείγουσα ιατρική, ο γιατρός έχει το θεραπευτικό προνόμιο, οφείλει να δράσει άμεσα για να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς που δεν είναι αυτή την ώρα σε θέση να δώσει συγκατάθεση ή συναίνεση. Η συναίνεση παρόλα αυτά θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια να εξασφαλιστεί στο βαθμό που ο ασθενής μπορεί να αντιληφθεί την ανάγκη θεραπείας. Νοείται ότι στο επείγον ψυχιατρικό περιστατικό που αξιολογείται στο τμήμα



επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου, η νοσηλεία και η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα χωρίς να χάνεται πολύτιμος θεραπευτικός χρόνος που θα οδηγήσει ενδεχομένως στην επιδείνωση της πρόγνωσης και της έκβασης. Ενδεχόμενη αρνητική έκβαση λόγω καθυστέρησης έναρξης της θεραπείας μπορεί να είναι η ανάγκη μακρύτερης χρονικά νοσηλείας, χρήσης μεγαλύτερων δόσεων φαρμάκων ή σε απευκταίες περιπτώσεις εκδήλωση σοβαρής βίας συμπεριφοράς ακόμα και απόπειρας ανθρωποκτονίας ή απόπειρας αυτοκτονίας με απρόβλεπτα αρνητικά αποτέλεσμα για τον ασθενή, την οικογένεια του και την κοινότητα.

### **1.10 Κοινωνική ψυχιατρική και υποχρεωτική νοσηλεία στην κοινότητα**

Ο ψυχίατρος οφείλει να συστήσει υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα σε περίπτωση που αυτό θα εξασφαλίσει το ευρύτερο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς. Αυτό μπορεί για παράδειγμα να οδηγήσει σε αποφυγή αχρείαστων υποχρεωτικών νοσηλειών στο ψυχιατρείο ή σε αποφυγή παράτασης της υποχρεωτικής νοσηλείας και σε γρήγορη κοινωνική επανένταξη και αποκατάσταση του ασθενούς. Δεν έχουν όλες οι χώρες νομικό πλαίσιο που να επιτρέπει υποχρεωτική ψυχιατρική νοσηλεία στην κοινότητα. Η θέσπιση και η εφαρμογή τέτοιου νομικού πλαισίου παρουσιάζει δυσκολίες στην εξασφάλιση των παραμέτρων για εφαρμογή χωρίς καταχρήσεις. Για παράδειγμα, η ύπαρξη τέτοιας νομοθεσίας θα μπορούσε υπό προϋποθέσεις να οδηγήσει σε αμυντική ψυχιατρική, όπου ο ψυχίατρος φοβούμενος ιατρονομικές συνέπειες στο μέλλον θα αποφεύγει να απολύει από το ψυχιατρικό νοσοκομείο ασθενείς που νοσηλεύονται εκεί με διάταγμα νοσηλείας, χωρίς να εισηγηθεί συνέχιση του διατάγματος νοσηλείας για υποχρεωτική νοσηλεία στην κοινότητα. Πέρα από τα ηθικά διλήμματα που δημιουργούνται, υπάρχει και η κλινική δυσκολία που αφορά του βαρέως ψυχικά πάσχοντες χωρίς εναισθησία: ο ασθενής που δεν αντιλαμβάνεται ότι πάσχει δεν αντιλαμβάνεται την ανάγκη θεραπείας στο νοσοκομείο αλλά ούτε και στην κοινότητα.

Η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα μπορεί να μειώσει το χρόνο υποχρεωτικής θεραπείας στο νοσοκομείο, αποσυμφορώντας τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και οδηγώντας σε βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων εκεί υπηρεσιών. Επίσης οδηγεί σε μείωση των υποχρεωτικών νοσηλειών ψυχικά ασθενών. Σε ότι αφορά τον ίδιο τον ασθενή, η θεραπεία

στην κοινότητα αντί ψυχιατρείου αυξάνει τις δυνατότητες και επιταχύνει την κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη.

Σε κάθε περίπτωση, υποχρεωτικής νοσηλείας στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, σε ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου ή υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα, ο ψυχίατρος οφείλει να τη συστήσει με φειδώ αλλά και αποφασιστικότητα, όταν τεκμηριώνεται το όφελος που θα έχει ο μη-αυτόνομος ασθενής από τη θεραπεία.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι ο σκοπός κάθε υποχρεωτικής θεραπείας, στο νοσοκομείο ή στην κοινότητα, είναι η κατά το δυνατό ταχύτερη αποκατάσταση της προσωρινά απολεσθείσας -λόγω της ψυχικής νόσου- αυτονομίας του ασθενούς.

### **1.11 Επικοινωνία και συνεργασία με συγγενείς του ασθενούς**

Ο ψυχίατρος πρέπει να εντοπίζει και να αναγνωρίζει, όπου είναι εφικτό, την αξία της εμπλοκής συγγενών και άλλων σημαντικών για τον ασθενή προσώπων στην βελτίωση της έκβασης και της πρόγνωσης. Ο ψυχίατρος πρέπει να αξιοποιεί την ευκαιρία να μάθει από την οικογένεια, τους φροντιστές και την ευρύτερη κοινότητα του ασθενούς προκειμένου να εξασφαλίσει καλύτερα τα συμφέροντα του ασθενούς, στην βάση της αρχής της αγαθοπραξίας. Η ψυχιατρική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει την αξιολόγηση και φροντίδα της συνολικής υγείας του ασθενούς, δηλαδή πέρα από την ψυχική και την κοινωνική καθώς και γενική εκτίμηση της σωματικής υγείας του ασθενούς. Ο σκοπός της ψυχιατρικής φροντίδας είναι η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ψυχικά ασθενούς η οποία συχνά προϋποθέτει την ψυχιατρική εργασία σε όλες τις παραπάνω διαστάσεις.

Ο ψυχίατρος πρέπει να αναγνωρίζει τα συμφέροντα των σημαντικών για τον ασθενή προσώπων, μεταξύ αυτών και της οικογένειας του (RANZCP, 2018). Επιπροσθέτως, πρέπει να ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή στην κλινική θεραπεία του ασθενούς της οικογένειάς του, άλλων φροντιστών και άλλων προσώπων, μη-επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενούς, με την προϋπόθεση ότι αυτοί εξυπηρετούν το θεραπευτικό του συμφέρον<sup>50</sup> (CPI, 2019). Δεν μπορούν ή δεν θέλουν όλοι οι συγγενείς να

---

<sup>50</sup> “The psychiatrist should be aware of the benefit of involving carers in treatment. Carers often know the patient best and may be the only constant support in a patient’s life. In times of crisis, carers often feel that immediate and appropriate professional support is not available. Carers should be seen as an asset in care and treatment and not as a burden”. (CPI, 2019), σελ. 10.

συμβάλλουν στη μακροχρόνια και επίπονη προσπάθεια θεραπείας του βαρέως ψυχικά πάσχοντα. Ο ψυχίατρος πρέπει να αξιολογεί την επάρκεια και καταλληλότητα των φροντιστών που εμπλέκει στη θεραπεία και να λαμβάνει υπόψιν την επιθυμία του ασθενούς σε ότι αφορά την εμπιστευτικότητα και τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του σσθενούς.

Η επικοινωνία του Ψυχιάτρου με συγγενείς του ασθενούς είναι δεοντολογικά σωστή και μπορεί να γίνει όταν εξυπηρετεί το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, αλλά αφού ληφθεί πρώτα η ρητή άδεια του ασθενούς αφού ο ψυχίατρος έχει ηθική υποχρέωση να σέβεται την αυτονομία του ασθενούς. Αυτό σημαίνει ότι το ιατρικό απόρρητο λαμβάνεται υπόψη στην επικοινωνία με τους συγγενείς του. Με την άδεια του ασθενούς επιλέγονται οι συγγενείς που θα συμβάλλουν και μεταφέρονται μόνο οι πληροφορίες που χρειάζεται και που επιθυμεί ο αυτόνομος ασθενής να μεταφερθούν.

Η επικοινωνία με συγγενείς εξυπηρετεί το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς με δύο κυρίως τρόπους. Ο ένας τρόπος είναι η λήψη διασταυρωμένου ιστορικού και περιγραφής της συμπτωματολογίας από την οπτική γωνία των συγγενών, αφού ο ασθενής στο πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας του ενδεχομένως έχει διαταραχή αντίληψης, παρερμηνεία γεγονότων, παραλληληματικές μνήμες ή διαστρεβλωμένες αναμνήσεις. Ο άλλος τρόπος είναι η παροχή συμβουλευτικής και ψυχοεκπαίδευσης των συγγενών προκειμένου να βελτιώσουν την επικοινωνία, συμπεριφορά και φροντίδα που παρέχουν στον ασθενή συγγενή τους, μειώνοντας έτσι τις υποτροπές και βελτιώνοντας την πρόγνωση.

Όταν ο ασθενής δεν είναι αυτόνομος και νοσηλεύεται με διάταγμα νοσηλείας, τότε ο ψυχίατρος μπορεί να επικοινωνήσει με τους συγγενείς χωρίς την άδεια του ασθενούς αφού ο μη-αυτόνομος ασθενής δεν μπορεί να δώσει ενήμερη συγκατάθεση (informed consent). Νοείται ότι και στην περίπτωση του μη-αυτόνομου ασθενούς, στο βαθμό που μπορεί να δώσει συγκατάθεση θα πρέπει να ερωτηθεί καθώς επίσης νοείται ότι η ανταλλαγή πληροφοριών και η επικοινωνία με συγγενείς περιορίζεται στο αναγκαίο εύρος και πλαίσιο εξυπηρέτησης του θεραπευτικού συμφέροντος.

Νοείται ότι ο ψυχίατρος οφείλει, σε όλα τα στάδια της αξιολόγησης και της θεραπείας, να προστατεύσει τον ασθενή από τυχόν προσπάθεια εκμετάλλευσης του από τα παραπάνω

πρόσωπα, στο βαθμό που αυτό σχετίζεται και επηρεάζει την έκβαση της θεραπείας και την πρόγνωση της ψυχικής διαταραχής.

### **1.12 Σύγκρουση συμφερόντων**

Η σύγκρουση συμφερόντων, πραγματική ή πιθανή, πρέπει να εντοπίζεται και να αποφεύγεται και σε κάθε περίπτωση πρέπει να δηλώνεται, όπως και κάθε διπλός ρόλος του θεράποντα ψυχιάτρου.

Οι όποιες σχέσεις του ψυχιάτρου με την βιομηχανία ψυχοφαρμάκων και με εταιρείες τεχνολογίας που εμπορεύονται ιατρική τεχνολογία που σχετίζεται με την άσκηση της ψυχιατρικής πρέπει να είναι διάφανες και σε κάθε περίπτωση να δηλώνονται (declaration of interest). Ο ψυχίατρος πρέπει να είναι ενήμερος των ενδεχόμενων αρνητικών επιπτώσεων στον ασθενή της οποιασδήποτε μεροληψίας του, θετικής ή αρνητικής προκατάληψης για κάποιο φάρμακο ή άλλο προϊόν και να εργάζεται εκ των προτέρων για να προλάβει την όποια επιβλαβή εξέλιξη στην υγεία του ασθενούς. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει κίνδυνος η επιλογή φαρμάκων και θεραπειών να γίνεται με τρόπο που δεν εξυπηρετεί το βέλτιστο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, δηλαδή κλονίζεται η βιοηθική υποχρέωση της αγαθοπραξίας.

Ο ψυχίατρος πρέπει να μπορεί σε κάθε περίπτωση να είναι βέβαιος ότι τα κίνητρα από χορηγούς δεν επηρεάζουν τις κλινικές επιλογές του στη θεραπεία του ασθενούς και δεν αποβαίνουν εις βάρος της πρόγνωσης και της έκβασης της θεραπευτικής πορείας του ασθενούς (EPA, 2021).

Στη σύγχρονη εποχή πολλές φορές για τη θεραπεία του ασθενούς η αποζημίωση του ψυχιάτρου δεν προέρχεται από τον ασθενή αλλά καλύπτεται από τρίτο πρόσωπο (third-party payers) που συνήθως είναι ασφαλιστικός οργανισμός. Ο ασφαλιστικός οργανισμός ενδεχομένως να ελέγχει και να περιορίζει τις θεραπευτικές επιλογές του ασθενούς και του ψυχιάτρου, με σκοπό τη μείωση του κόστους και τη μεγιστοποίηση του κέρδους. Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να εξασφαλίσει ότι ο ασθενής θα κάνει την επιστημονικά ενδεδειγμένη θεραπεία<sup>51</sup> (EPA, 2021). Στο πλαίσιο της αγαθοπρακτικής του υποχρέωσης ο

---

<sup>51</sup> “UN Resolution 46/119 of the Principles for the Protection of Persons with Mental Illness, which states that “psychiatrists should oppose discriminatory practices which limit their benefits and entitlements, deny parity,

ψυχίατρος πρέπει να παραμένει πάντα εστιασμένος στο βέλτιστο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς και να είναι σε θέση να διαβεβαιώσει τον ασθενή του ότι λαμβάνει τη βέλτιστη θεραπεία.

Σε επίπεδο συστήματος υγείας, η επιλογή φαρμάκων και θεραπειών από τον ψυχίατρο συνοδεύεται από κόστος το οποίο επωμίζεται ο ίδιος ο ασθενής ή το δημόσιο σύστημα υγείας. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος έχει ηθική υποχρέωση να διασφαλίσει τη βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων χρηματικών πόρων προς όφελος της ψυχικής υγείας του ασθενή του και της δημόσιας υγείας.

### **1.13 Ευθανασία**

Ευθανασία ετοιμολογικά είναι ο καλός θάνατος (ευ+θάνατος). Η ευθανασία έχει ρυθμιστεί νομικά σε αρκετές χώρες ενώ παραμένει αρρυθμιστη και απαγορευμένη σε πολλές άλλες. Οι δύο κύριες διαστάσεις που έχουν συζητηθεί είναι 1)η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία (Physician Assisted Suicide, PAS) και 2)η ιατρικώς υποβοηθούμενη ευθανασία (Physician Assisted Euthanasia, PAE).

Η ηθική δικαιολόγηση της ευθανασίας είναι η υποχρέωση του γιατρού να ανακουφίσει το ασθενή από τον αφόρητο πόνο που βιώνει συνεπεία της πάθησης του. Να σημειωθεί ότι ο ασθενής πρέπει να έχει την επιλογή και την πρόσβαση σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας και όχι το αίτημα για ευθανασία να είναι συνέπεια της έλλειψης πρόσβασης σε τέτοιες ιατρικές υπηρεσίες.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι καταθλιπτικές διαταραχές, ψυχώσεις και άλλες ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν αρνητικά το συναίσθημα και τη σκέψη του ασθενή με τρόπο που δημιουργούν απαισιοδοξία, θλίψη, ενοχές, επιθυμία θανάτου. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων αυτές οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι ανίατες αλλά μπορούν να θεραπευτούν υπό προϋποθέσεις.

Η ευθανασία δεν έχει ρυθμιστεί νομικά σε όλες τις χώρες. Οι λόγοι σχετίζονται με τον άλλοτε άλλο βαθμό αποδοχής της ευθανασίας από την κοινωνία και την ιατρική κοινότητα στις

---

curb the scope of treatment, or limit their access to proper medications for patients with a mental disorder". (EPA, 2021)

διάφορες χώρες. Στην Κύπρο στη βάση της ισχύουσας νομοθεσίας η ενεργητική από μέρους του ιατρού επιτάχυνση του θανάτου δεν επιτρέπεται με κανένα μέσο<sup>52</sup>. (ΠΙΣ, 2013). Στην Ελλάδα, ενώ αναγνωρίζεται ως σεβαστή η επιθυμία του ασθενή να πεθάνει, ετούτοις, η επιθυμία του δεν συνιστά νομική διακαιολόγηση για επίσπευση του θανάτου<sup>53</sup>. (ΠΙΣ, 2005)

Η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια ή ακούσια αναλόγως με την ύπαρξη ή όχι συγκατάθεσης του ασθενή. Νοείται ότι η ακούσια αφορά τον μη-αυτόνομο ασθενή που δεν έχει δυνατότητα να δώσει συναίνεση, εάν και εφόσον μπορεί να τεκμηριωθεί εκτιμώμενη συναίνεση. Για την εκτιμώμενη συναίνεση λαμβάνονται υπόψιν η επιθυμία που είχε εκφράσει γραπτώς η προφορικός ο ασθενής όταν ήταν αυτόνομος, προς τους συγγενείς του ή προς το γιατρό. Ισχυρότερες είναι οι γραπτές οδηγίες οι οποίες σε κάποιες χώρες έχουν θεσμοθετημένη μορφή εκ των προτέρων οδηγίας (advanced directive) ή διαθήκης ζωής (living will). Η παλαιότερη επιθυμία και δήλωση του ασθενή δεν είναι σίγουρο ότι παράμενει ίδια στο παρόν και υπάρχει ενδεχόμενο ο ασθενής να έχει αλλάξει επιθυμία αλλά να μην μπορεί να την εκφράσει. Θα ήταν ηθικά σωστό να λαμβάνεται επαναβεβαίωση από τον ασθενή. Στην περίπτωση του μη-αυτόνομου ασθενούς όπου υπάρχει εκ των προτέρων οδηγία (advanced directive) ή διαθήκη ζωής (living will), αλλά δεν είναι σε θέση να ερωτηθεί για επαναβεβαίωση, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και να αξιολογείται στην βάση της

---

<sup>52</sup> "Η ενεργητική από μέρος του ιατρού επιτάχυνση του θανάτου δεν επιτρέπεται με κανένα μέσο. Σ'αυτή δεν περιλαμβάνονται οι περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου που διαπιστώνεται με τα διάφορα επιστημονικά κριτήρια και στις οποίες επιτρέπεται η διακοπή της λειτουργίας μηχανικών μέσων παράτασης λειτουργιών της ζωής μέσα στα πλαίσια της υφιστάμενης νομοθεσίας". Η διακοπή καθώς και η μη έναρξη χορήγησης φαρμάκων ή άλλων μέσων που μπορούν να παρατείνουν τη ζωή, σε περιπτώσεις ανίατης ασθένειας μετά από παράκληση του ιδίου του ασθενή ή των στενών συγγενών του σε περίπτωση μη αναστρέψιμου κώματος είναι κάτι που γίνεται μεγάλη συζήτηση διεθνώς. Ο ιατρός θα πρέπει να ενεργεί πάντοτε για τα καλώς νοούμενα συμφέροντα του αρρώστου προσπαθώντας να του τονώσει το ηθικό και να του ανακουφίσει όσο είναι δυνατό το σωματικό και ψυχικό πόνο, διατηρώντας συνεχή επικοινωνία τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένεια του. Ο αξιοπρεπής και ανώδυνος θάνατος θα πρέπει να επιδιώκεται στις περιπτώσεις αυτές" (ΠΙΣ, 2013), άρθρο 51, σελ 10.

<sup>53</sup> "Ο ιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή. Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπεια του μέχρι το σημείο αυτό. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει. Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου." (ΠΙΣ, 2005). Άρθρο 29.

αγαθοπραξίας αν η παρελθοντική επιθυμία συνεχίζει να εξυπηρετεί και τα συμφέροντα του στο παρόν.

Η ευθανασία διακρίνεται εξάλλου σε ενεργητική και παθητική, ανάλογα με τη συμμετοχή ή όχι του γιατρού στην πράξη ή στην υποβοήθηση της πράξης. Η εσκεμμένη παράληψη που οδηγεί στο θάνατο από ηθικής άποψης είναι κοντά στην εσκεμμένη πράξη που οδηγεί στο θάνατο. Κατά άλλους, η παράληψη είναι ηθικότερη της πράξης, αφού στην πρώτη περίπτωση ο γιατρός επιτρέπει τη φυσιολογική εξέλιξη μιας νόσου χωρίς να παρεμβαίνει ιατρικώς στο έργο της φύσης. Σε πολλές νομοθεσίες, τόσο ή πράξη όσο και η παράλειψη που οδηγούν στο θάνατο συνοδεύονται από ποινική ευθύνη.

Ενδεικτικά αναφέρεται το κλινικό σενάριο του «ευτυχισμένου ανοϊκού». Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής είχε δηλώσει γραπτώς ότι σε περίπτωση που αναπτύξει σοβαρό ανοϊκό σύνδρομο σε βαθμό που να μην αναγνωρίζει τους συγγενείς του και να μην μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, επιθυμεί ευθανασία. Όταν μετά από χρόνια ήρθε αυτή η ώρα, ο ασθενής ζούσε ευτυχισμένος σε ποιοτικό ίδρυμα αποκατάστασης, πάντα χαμογελαστός και πλήρης θετικών συναισθημάτων, χωρίς στοιχεία κατάθλιψης. Γνωσιακά ήταν έκδηλα μη-αυτόνομος ενώ δεν αναγνώριζε τους συγγενείς του και δεν μπορούσε να αυτοεξυπηρετηθεί. Εδώ δημιουργείται το ηθικό δίλημμα αν πρέπει να υλοποιηθεί η γραπτή εκ των προτέρων οδηγία του ασθενούς (advanced directive) για ευθανασία αφού ο ασθενής είναι πλέον μη-αυτόνομος και δεν μπορεί να την επαναβεβαιώσει στο παρόν αφού δεν είναι πλέον σε θέση να δώσει έγκυρη συγκατάθεση (valid consent). Πρόκειται για σύγκρουση της αρχής της αυτονομίας με την αρχή της μη-βλάβης, αφού συγκρούεται η υποχρέωση του γιατρού να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενή (την απόφαση που πήρε όταν ήταν αυτόνομος) με την υποχρέωση του γιατρού να διατηρήσει την υγεία και να μην προκαλέσει βλάβη στον ασθενή που ζει ευτυχισμένος πλήρης θετικών συναισθημάτων. Η απόφαση του γιατρού οπωσδήποτε επηρεάζεται από την τοπική εθνική νομοθεσία και από τον τοπικό κώδικα ιατρικής δεοντολογίας.

Σε άλλο κλινικό σενάριο, ασθενής με βαριά χρόνια ανίατη επώδυνη νόσο, που όμως παραμένει γνωστικά αυτόνομος με ακέραιη κριτική ικανότητα, χωρίς κατάθλιψη, αιτείται διακοπή της μάταιης θεραπείας που δεν τον βελτιώνει αλλά τον κρατάει στη ζωή

παρατείνοντας το μαρτύριο του. Σε αυτή την περίπτωση η διακοπή της μάταιης θεραπείας είναι ιατρική πράξη που οδηγεί στο θάνατο. Η περίπτωση αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί εκκούσια ευθανασία αφού ο αυτόνομος ασθενής το ζητά. Η διακοπή της μάταιης θεραπείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως πράξη ή παράλειψη που οδηγεί στο θάνατο, αλλά η επικρατούσα άποψη είναι ότι ο θάνατος επέρχεται με φυσικό τρόπο απουσία της θεραπείας.

Η διακοπή θεραπείας (withdrawal) είναι διαφορετική από την παρακράτηση της θεραπείας (withhold). Η παρακράτηση ή μη-έναρξη είναι η απόφαση του γιατρού να μην ξεκινήσει μια θεραπεία που θα έδινε, ενδεχομένως, μικρή παράταση στη ζωή του ασθενούς. Υπάρχει ηθικό ερώτημα αν η ευθύνη του ιατρού στην παρακράτηση είναι μεγαλύτερη από ότι στην απόσυρση, αφού η παρακράτηση περιλαμβάνει την ενεργητική πράξη διακοπής μιας θεραπείας που έχει ήδη ξεκινήσει. Από ηθικής άποψης προσεγγίζοντας το θέμα δεοντοκρατικά, η ευθύνη του ιατρού είναι ίδια αφού τόσο η παράλειψη όσο και η πράξη οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στο θάνατο του ασθενούς. (Πρωτοπαπαδάκης, 2008)

Ο ιατρικώς υποβοηθούμενος θάνατος όταν γίνεται παθητικά με διακοπή θεραπείας θεωρείται ενίοτε ότι έχει διαφορετική ηθική ποιότητα από όταν επέρχεται ενεργητικά δηλαδή με χορήγηση θανατηφόρου ένεσης, διότι στην πρώτη περίπτωση ο ιατρός αφήνει τη φύση να επιτελέσει το έργο της οδηγώντας στο θάνατο ενώ στη δεύτερη παρεμβαίνει στο έργο της φύσης. Αυτή η προσέγγιση ενέχει ιατρική και βιοηθική παραδοξότητα διότι στην περίπτωση της θανατηφόρου ένεσης συνήθως πρόκειται για κατασταλτικά οπιοειδή αναλγητικά οπότε ο ασθενής βυθίζεται βαθμιαία σε αίσθημα ευφορίας και γαλήνης και φεύγει ήρεμος γαλήνιος χωρίς πόνο, ενώ στην περίπτωση διακοπής θεραπείας ενδέχεται να υποφέρει από πόνο δύσπνοια αφυδάτωση που θα τον οδηγήσουν σε αργό επώδυνο βασανιστικό θάνατο.

Εκκούσια παθητική ευθανασία μπορεί να θεωρηθεί ο θάνατος από συνταγογράφηση μεγάλης δόσης οπιοειδών αναλγητικών, υπό τον όρο ότι τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής γνωρίζουν ότι η δραστική αναλγητική δόση είναι τέτοια που μπορεί δυνητικά να επιφέρει το θάνατο.



Ένα τυπικό κλινικό σενάριο περιλαμβάνει τον ασθενή με χρόνια βαριά ανίατη επώδυνη νόσο. Ο πόνος του ανταποκρίνεται στα οπιοειδή αλλά λόγω βαθμιαίας ανοχής (tolerance) στα οπιοειδή, ο ασθενής χρειάζεται ολοένα και μεγαλύτερη δόση για να πετύχει το δραστικό αναλγητικό αποτέλεσμα. Από ένα σημείο και μετά η δραστική δόση πλησιάζει επικίνδυνα ή/και υπερβαίνει την τοξική/θανατηφόρο δόση, εν γνώση του γιατρού και του αυτόνομου ασθενή που συγκατατίθεται μετά από ενημέρωση για συνέχιση συνταγογράφησης μεγάλων δόσεων. Στην περίπτωση που ο ασθενής αποβιώσει συνεπεία του φαρμάκου, τότε ο θάνατος μπορεί να θεωρηθεί επιπλοκή της θεραπείας αλλά όχι πράξη που οδήγησε στο θάνατο ούτε και αυτοκτονία, αφού τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής δεν επιθυμούσαν ούτε είχαν πρόθεση το θάνατο αλλά η πρόθεση τους ήταν η αντιμετώπιση του πόνου.

Ο ιατρικώς υποβοηθούμενος θάνατος (Physician Assisted Death, PAD) δεν είναι επί του παρόντος επαρκώς αποδεκτός από την ιατρική κοινότητα, ειδικά όταν πρόκειται για ασθενή χωρίς νόσο τελικού σταδίου και ακόμα περισσότερο όταν η συναίνεση είναι εκτιμώμενη και όχι ρητή. Ο ιατρικώς υποβοηθούμενος θάνατος είναι περισσότερο αποδεκτός από την ιατρική κοινότητα όταν αφορά περιπτώσεις ιατρικώς υποβοηθούμενης εκκούσιας παθητικής ευθανασίας σε ασθενείς με βαριά χρόνια ανίατη επώδυνη νόσο.

Ένα ενδιαφέρον κλινικό σενάριο είναι η περίπτωση του ασθενούς με σοβαρή βαριά επώδυνη ανίατη νόσο με συνυπάρχουσες καρδιολογικές επιπλοκές, όπου έχει δώσει εκ των προτέρων γραπτή οδηγία (advanced directive) να μη γίνει καρδιοαναπνευστική ανάνηψη σε περίπτωση που υποστεί καρδιακή ανακοπή (Do Not Resuscitate, DNR). Στην περίπτωση αυτή, η οδηγία DNR του ασθενή γίνεται αρχικά σεβαστή όμως όταν έρθει η ώρα της καρδιακής ανακοπής ο γιατρός προχωρά σε ανάνηψη και διασωλήνωση. Εκτός αν έχει νομοθετηθεί διαφορετικά, ο γιατρός κινδυνεύει για κατηγορία για αδίκημα αστικής ευθύνης λόγω μη σεβασμού του DNR, αλλά για κατηγορία για αδίκημα ποινικής ευθύνης αν δεν προχωρήσει στην ανάνηψη αφού μπορεί να θεωρηθεί παράληψη που οδήγησε σε θάνατο.

Στην περίπτωση της ιατρικώς υποβοηθούμενης ευθανασίας, οι νομοθεσίες των κρατών μελών ρυθμίζουν αν επιτρέπεται μόνο σε ασθενείς με σοβαρή ανίατη επώδυνη νόσο τελικού σταδίου ή και σε πιο ελαφριά νόσο ή σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις σε οποιοδήποτε αιτητή. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος θα πρέπει να αξιολογήσει αν ο αιτητής πάσχει από

κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή η οποία έχει επηρεάσει το συναίσθημα, τις γνωσιακές λειτουργίες και την κριτική του ικανότητα. Είναι γνωστό ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με αρνητικά συναισθήματα, ενοχές, απαισιοδοξία, ευχές θανάτου, αυτοκτονικότητα, αυτοκτονική πρόθεση και αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπροσθέτως, η κατάθλιψη δεν είναι ανίατη νόσος.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου στον -νομικά ρυθμισμένο- ιατρικώς υποβοηθούμενο θάνατο είναι 1)να αποκλείσει την υπαρξη κατάθλιψης ψύχωσης ή άλλης ψυχικής νόσου που σχετίζεται με ανάπτυξη επιθυμία θανάτου ή/και αυτοκτονικότητα, 2)να συμβάλλει στην αξιολόγηση του βαθμού αυτονομίας του ασθενούς.

#### **1.14 Υποβοηθούμενη αυτοκτονία και ψυχιατρική**

Σε ότι αφορά την αυτοκτονία, η ψυχιατρική έχει αναπτύξει μακροχρόνια παράδοση στην αποτροπή της, μέσω εθελοντικής η υποχρεωτικής θεραπείας ασθενών με αυτοκτονικό ιδεασμό, πρόθεση και σχεδιασμό. Η αυτοκτονία έχει ισχυρά συσχετιστεί με ψυχική διαταραχή. Στην περίπτωση ύπαρξης επιθυμίας αυτοκτονίας, η υποχρέωση του ψυχιάτρου είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να βρει εναλλακτικές λύσεις να συνεχίσει τη ζωή του σε πλαίσιο ψυχικής υγείας. Δεν είναι δεοντολογικά σωστό για τον ψυχίατρο να εμπλακεί σε διαδικασία υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ακόμα και στην περίπτωση που ο αιτητής είναι ψυχικά υγιής.

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται οι υποστηρικτές της επέκτασης του ιατρικώς υποβοηθούμενου θανάτου και στους ασθενείς με χρόνια βαριά επώδυνα ανίατα ψυχικά νοσήματα, με το επιχείρημα ότι η επιθυμία θανάτου λόγω ψυχικού πόνου πρέπει να αντιμετωπίζεται και να γίνεται σεβαστή όπως στην περίπτωση της επιθυμίας σε πλαίσιο σωματικού πόνου. Η άποψη αυτή δεν έχει βρει για την ώρα αρκετή αποδοχή στην ψυχιατρική κοινότητα.

Να σημειωθεί ότι η ιατρικώς υποβοηθούμενη αυτοκτονία συζητάται και εκτός ιατρικού πλαισίου, σε πλαίσιο ατομικών δικαιωμάτων στη ζωή και στο θάνατο και δικαιώματος αυτοδιάθεσης. Σε τέτοιο πλαίσιο δεν υφίσταται η σύγκρουση αυτονομίας-αγαθοπραξίας αφού δεν υπάρχει ασθενής αλλά υγιής. Τίθεται όμως το δεοντολογικό ερώτημα αν πρέπει να έχει εμπλοκή και ρόλο ο γιατρός σε αυτή τη διαδικασία.

Πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Ψυχιατρική Εταιρεία τοποθετήθηκε περί της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας. Η δεοντολογική οδηγία προς τα μέλη είναι να μην εμπλέκονται σε τέτοιες αποφάσεις και πρακτικές ακόμα και εκεί όπου η νομοθεσία το επιτρέπει.<sup>54</sup> (EPA, 2021).

### **1.15 Δικαστική Ψυχιατρική**

Η δικαστική ψυχιατρική ή αλλιώς δικανική ψυχιατρική (forensic psychiatry) είναι κλάδος της ψυχιατρικής με ιδιαίτερη κλινική ανάπτυξη και επιστημονική τεκμηρίωση τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο (Αλεβιζόπουλος, 2015). Περιλαμβάνει τις νομικές διαστάσεις της ψυχιατρικής και σκοπό έχει να συμβάλλει στη απονομή της δικαιοσύνης. Η σχέση ψυχιάτρου-ασθενούς σε αυτή την περίπτωση δεν αποτελεί θεραπευτική σχέση και αυτό θα πρέπει να εξηγείται με σαφήνεια από τον ψυχίατρο στον ασθενή πριν την αξιολόγηση. Ο ψυχίατρος που ασχολείται με τη δικανική ψυχιατρική ονομάζεται ψυχιατροδικαστής. Ο ψυχιατροδικαστής εύστοχα έχει παρομοιαστεί με τον υπηρέτη δύο αφεντάδων: της ιατρικής και της νομικής (Αλεβιζόπουλος, 2015). Αυτό σημαίνει ότι ο ψυχίατρος καλείται να αξιοποιήσει τις ψυχιατρικές γνώσεις του που απορρέουν από την εκπαίδευση και την ιδιότητα του ψυχιάτρου για να βοηθήσει το δικαστήριο στην απονομή δικαιοσύνης.

Ο ψυχίατρος που ασκεί ρόλο ψυχιατροδικαστή, αξιολογεί τον ασθενή και συγγράφει δικανικές εκθέσεις. Στη περίπτωση αυτή, παρέχει προς τρίτους γνωμοδοτήσεις ως εμπειρογνώμονας, σύμφωνα με τον ισχύοντα κώδικα ψυχιατρικής δεοντολογίας και τις ηθικές αρχές που είναι κατάλληλες για αυτήν την κατάσταση, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού των προσώπων, της ειλικρίνειας και της αποφυγής περιττής βλάβης. Όταν ο ψυχίατρος διενεργεί ψυχιατρική αξιολόγηση ασθενούς εκ μέρους τρίτων, οφείλει να ενημερώνει το υπό αξιολόγηση άτομο για τον σκοπό της αξιολόγησης και να του αποκαλύπτει ποιος είναι ο τρίτος εκ μέρους του οποίου διενεργείται η αξιολόγηση (WPA, 2020). Επιπροσθέτως, στη περίπτωση αυτή ο ψυχίατρος οφείλει να γνωστοποιεί στον αξιολογούμενο ότι δεν υπάρχει θεραπευτική σχέση καθώς και για τα όρια της

---

<sup>54</sup> "A physician's duty, first and foremost, is the promotion of health, the reduction of suffering, and the protection of life. The psychiatrist, among whose patients are some who are severely incapacitated and incompetent to reach an informed decision, should be particularly careful of actions that could lead to the death of those who cannot protect themselves because of their disability. The psychiatrist should be aware that the views of a patient may be distorted by mental illness. The psychiatrist's role is to treat the illness. The psychiatrist should not only be guided by the legislation in their country, but also by the standards of the professional organisations. It is not a psychiatrist's duty to take part in assisted suicide." (EPA, 2021), σελ 6.

εμπιστευτικότητας δηλαδή σε ποιον θα αποκαλυφθούν οι πληροφορίες. Ο ψυχίατρος οφείλει να συμπεριλαμβάνει αυτούς τους περιορισμούς στην έκθεση του. Αν ο ψυχίατρος παλιότερα ήταν θεράποντας ιατρός του ασθενούς ή αν τώρα έχει πρόσβαση σε παλιές ιατρικές πληροφορίες, δεν δικαιούται να αποκαλύψει παρελθοντικές πληροφορίες χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς<sup>55</sup> (CMA, 2002).

Ειδικότερα, στο πλαίσιο της ενημέρωσης για λήψη συγκατάθεσης, ο ψυχίατρος θα πρέπει να εξηγήσει και ο ασθενής να κατανοήσει ότι η σχέση αυτή δεν είναι θεραπευτική, δεν υπάρχει ιατρικό απόρρητο ούτε θεραπευτικό συμφέρον για τον ασθενή. Επίσης ότι οι πληροφορίες που θα διακινηθούν μεταξύ γιατρού και ασθενούς δεν θα παραμείνουν εμπιστευτικές αλλά θα συμπεριληφθούν, σε άλλοτε άλλο βαθμό, στην έκθεση του δικανικού ψυχίατρου προς το δικαστήριο. Στην περίπτωση της δικανικής αξιολόγησης ο ψυχίατρος ενεργεί εκ μέρους τρίτου, οπότε έχει υποχρέωση να κάνει ότι είναι απαραίτητο για κατανοήσει ο ασθενής την ποιότητα της σχέσης του ψυχίατρου με τον εντολοδόχο και το βαθμό της ευθύνης που έχει ο ψυχίατρος προς τον εντολοδόχο που ενίοτε μπορεί να είναι το δικαστήριο<sup>56</sup> (CPI, 2019). Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει από ποιον ζητήθηκε η ψυχιατροδικαστική αξιολόγηση και σε ποιον θα δοθεί η έκθεση και ότι στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας αξιολόγησης ο ψυχίατρος έχει την υποχρέωση να βοηθήσει το δικαστήριο στην απονομή δικαιοσύνης και όχι να βοηθήσει τον ασθενή να αποκαταστήσει τις ενδεχόμενες διαταραχές της ψυχικής υγείας του. Εκτός από το ρόλο και τα καθήκοντα του ψυχίατρου ο εξεταζόμενος πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων και τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί. Αν διαπιστωθεί ψυχοπαθολογία νοείται ότι ο δικανικός ψυχίατρος θα συστήσει στον ασθενή να βρει άλλον ψυχίατρο να αναλάβει το ρόλο του θεράποντα.

Νοείται ότι ο ασθενής μπορεί να ζητήσει αντίγραφο της δικανικής έκθεσης που περιέχει πληροφορίες που τον αφορούν και ο δικανικός ψυχίατρος συντάκτης της έκθεσης έχει

---

<sup>55</sup> " Sometimes, a psychiatrist is asked to examine a patient as the agent of another party, usually to satisfy legal or employment requirements. The psychiatrist is ethically obliged at the beginning of the interview to discuss the special nature of the psychiatrist–patient relationship in these particular circumstances. This discussion should include the purpose of the examination, the nature of the information being sought, and the obligation to disclose it to a third party. Information obtained from prior physician–patient relationships should not be used for the third-party assessments without patient consent" (CMA, 2002), page 6

<sup>56</sup> "When the purpose of an intervention or evaluation is not inherently therapeutic, psychiatrists shall ensure that the patient or person being evaluated clearly understands the role and duties of the psychiatrist. The psychiatrist will always declare any conflict of interest or dual role." (CPI, 2019), σελ. 14.

υποχρέωση να του τις δώσει, Αν ο ψυχίατρος κρίνει ότι οι πληροφορίες δεν πρέπει να δοθούν στον ασθενή διότι θα προκληθεί επιδείνωση της ψυχικής του υγείας, αυτό θα πρέπει να τεκμηριωθεί γραπτώς και επαρκώς. Αν η δικανική έκθεση έχει ζητηθεί από το δικαστήριο τότε η έκθεση θα αποτελέσει μέρος της δικογραφίας στην οποία ο ασθενής ή ο δικηγόρος νομικός του εκπρόσωπος εξ ορισμού έχει πρόσβαση.

### **1.16 Ψυχιατρική στις φυλακές**

Οι φυλακισμένοι αποτελούν ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα με μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών. Ο περιορισμός της ελευθερίας λόγω του εγκλεισμού αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα και το χρόνιο στρες αυξάνει την πιθανότητα ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον μεγάλο μέρος του πληθυσμού των φυλακισμένων πάσχει από διαταραχές προσωπικότητας με αποτέλεσμα δυσκολία στη διαχείριση συναισθημάτων, έχει χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και προέρχεται από μη-προνομιούχες κοινωνικές ομάδες με δύσκολη διαβίωση από την παιδική ήδη ηλικία. Πολλοί από τους κρατούμενους με ψυχιατρικά προβλήματα δεν είχαν ψυχιατρική παρακολούθηση προς του εγκλεισμού λόγω μειωμένης προσβασιμότητας σε υπηρεσίες. Το γεγονός ότι είναι κατάδικοι υπό κράτηση δημιουργεί θεραπευτικές δυσκολίες αλλά ταυτόχρονα μπορεί να αξιοποιηθεί από τους ίδιους ως ευκαιρία για βελτίωση της υγείας τους, υπό την προϋπόθεση της ύπαρξης των απαραίτητων δομών και υπηρεσιών (Frazer, 2009). Ο φυλακισμένος δικαιούται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που θα είχε αν ήταν ελεύθερος<sup>57</sup> (ΠΙΣ, 2005). Επομένως ο ρόλος του ψυχιάτρου στη φυλακή είναι σημαντικός με μεγάλη δυνατότητα κοινωνικής προσφοράς.

Οι ιδιαιτερότητες της ψυχιατρικής στις φυλακές περιγράφονται στο έγγραφο Health in Prisons του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2007).

Να σημειωθεί ότι ο ψυχίατρος που εργάζεται στις φυλακές πρέπει να αντιλαμβάνεται το διπλό ρόλο του και να έχει αυξημένη προσοχή στην τήρηση των ορίων και της επαγγελματικής του ακεραιότητας<sup>58</sup> (RCPsych, 2016).

---

<sup>57</sup> "Ο ιατρός παρέχει σε άτομα που ζουν σε φυλακές και στα παιδιά τους, που ζουν σε ιδρύματα, εξίσου καλή φροντίδα με εκείνη που παρέχεται στους υπόλοιπους πολίτες." (ΠΙΣ, 2005). Άρθρο 16, παράγραφος 6.

<sup>58</sup> Where a psychiatrist works for the armed forces, prison service or intelligence services, they must be aware of their dual role and allegiance, and always seek appropriate advice when confronted with such situations and act in the patient's best interests. (RCPsych, 2016) principle 7.5 page 15

Σε καμία περίπτωση ο ψυχίατρος δεν πρέπει να λαμβάνει μέρος σε ανακρίσεις και βασανιστήρια. Σε ότι αφορά το ιατρικό απόρρητο, πρέπει να τηρείται με εξαίρεση την περίπτωση όπου ο ψυχίατρος γίνεται γνώστης πληροφορίας για επικείμενη βίαιη πράξη. Σε περίπτωση κρατουμένου που κάνει απεργία πείνας, πρέπει να αξιολογείται η ψυχική του υγεία και η κριτική του ικανότητα. Στην περίπτωση που ο απεργός πείνας δεν πάσχει από ψυχική διαταραχή, η σκέψη του ορθολογική και η κριτική του ικανότητα επαρκής και η απόφαση του ανεπηρέαστη, τότε ο ψυχίατρος θα πρέπει να σεβαστεί την απόφαση για απεργία πείνας.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο χώρο των φυλακών πρέπει να είναι ανεξάρτητες από τη διοίκηση των φυλακών και αυτό θα πρέπει να είναι θεσμοθετημένο. Για παράδειγμα όπου οι φυλακές υπάγονται στο υπουργείο δικαιοσύνης, το κέντρο ψυχικής υγείας των φυλακών θα πρέπει να υπάγεται στο υπουργείο υγείας. Αυτό προστατεύει τους ασθενείς και το γιατρό από συγκρούσεις συμφερόντων.

Ο ψυχίατρος των φυλακών οφείλει να αναγνωρίζει ότι δεν μπορεί να αναλαμβάνει ρόλο ψυχιατρικού πραγματογνώμονα για φυλακισμένους ασθενείς του, διότι συγκρούεται η υποχρέωση του να διαφυλάξει το ιατρικό απόρρητο με την υποχρέωση του να αποκαλύψει οτιδήποτε γνωρίζει για να βοηθήσει το δικαστήριο. Να σημειωθεί ότι το ιατρικό απόρρητο είναι απαραίτητο για τη δημόσια υγεία, αφού χωρίς εμπιστευτικότητα οι ασθενείς αποφεύγουν να πηγαίνουν στο γιατρό και αυτό είναι ακόμα πιο έντονο στο περιβάλλον των φυλακών.

### **1.17 Δεοντολογία στην ψυχιατρική παιδιών και εφήβων**

Η ψυχιατρική δεοντολογία στην περίπτωση ανηλίκων ασθενών περιλαμβάνει την υποχρέωση της θεραπείας του από την κατάλληλη ειδικότητα η οποία είναι η ψυχιατρική παιδιών και εφήβων, με εξαίρεση την μεταβατική περίοδο από την παιδοψυχιατρική στην ψυχιατρική παιδιών και εφήβων. Η μεταβατική περίοδος χρονικά ποικίλει ανάλογα με τις νομοθεσίες και τον ορισμό που δίνουν στον ανήλικο, αλλά κλινικά περιλαμβάνει τους ασθενείς ηλικίας από την όψιμη εφηβεία μέχρι τους νεαρούς ενήλικες, ενδεικτικά από 16 έως 20 ετών. Νοείται ότι απουσία της κατάλληλης ειδικότητας η πιο κοντινή ειδικότητα οφείλει να παρέχει ψυχιατρική φροντίδα.

Η ψυχιατρική δεοντολογία προβλέπει ότι οι ψυχίατροι ενηλίκων θεραπεύουν ενήλικες ασθενείς και οι παιδοψυχίατροι θεραπεύουν ανήλικους, παιδιά και έφηβους. Το ηλικιακό όριο δεν είναι σαφές και ποικίλει από χώρα σε χώρα ανάλογα με τις τοπικές νομοθεσίες. Η μετάβαση του ασθενούς από την παιδοψυχιατρική στην ψυχιατρική ενηλίκων δεν είναι εύκολη υπόθεση λόγω του διαφορετικού θεραπευτικού πλαισίου μεταξύ των ειδικοτήτων αλλά και λόγω της θεραπευτικής σχέσης που έχει ήδη δημιουργηθεί. Για το λόγο αυτό είθισται να προβλέπεται μεταβατική περίοδος όπου ο νεαρός ασθενής δύναται να συνθεραπεύεται και από τις δύο ειδικότητες μέχρι να γίνει η ομαλή μετάβαση. Σε κάποιες περιπτώσεις αν υπάρχει ανάγκη, δύναται ο νεαρός ενήλικας ασθενής να συνεχίσει την παιδοψυχιατρική παρακολούθηση μέχρι να ολοκληρωθεί ένα σημαντικό στάδιο ζωής, για παράδειγμα μέχρι να τελειώσει το σχολείο αν έχει καθυστερήσει. Αυτό που πρέπει να λαμβάνει υπόψη ο ψυχίατρος είναι ότι ο ανήλικος ασθενής λόγω ηλικίας εξ ορισμού δεν είναι αυτόνομος να λάβει σημαντικές αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, δηλαδή δεν μπορεί να δώσει γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση. Στην περίπτωση αυτή οι γονείς θα πρέπει να ερωτηθούν και να δώσουν αμφότεροι συγκατάθεση για ψυχιατρική αξιολόγηση και θεραπεία<sup>59</sup> (EPA, 2021). Στην περίπτωση που οι γονείς δεν έχουν την κηδεμονία θα πρέπει να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση από το πρόσωπο που έχει τη νομική ευθύνη όπως έχει οριστεί από το δικαστήριο, το οποίο συχνά είναι άλλο κοντινό συγγενικό πρόσωπο ή εκπρόσωπος της πολιτείας συνήθως κοινωνικός λειτουργός.

Παρά την αδυναμία συγκατάθεσης, εν τούτοις, σε κάθε περίπτωση θα πρέπει ο ψυχίατρος να επιδιώκει την εξασφάλιση συναίνεσης μετά από ενημέρωση του ανήλικου ασθενούς (assent) στο βαθμό που ο ανήλικος μπορεί να κατανοήσει και να διαχειριστεί τις πληροφορίες αναλόγως της ηλικίας του και του αναπτυξιακού του σταδίου. Πρόκειται επομένως για δεοντολογικά διαφοροποιημένη διαδικασία, αφού με την ενημερωμένη συγκατάθεση (consent) ο ενήλικας δίνει την άδεια για να συμβεί η αξιολόγηση και η θεραπεία, ενώ με την ενημερωμένη συναίνεση ο ανήλικος απλά συμφωνεί για την

---

<sup>59</sup> "Extra care should be taken when dealing with minors. Parents or legal guardians should be included in the treatment process, and their consent should be required according to the legislation in respective country." (EPA, 2021), σελ. 2.

υλοποίηση της αξιολόγησης και της θεραπείας που έχει αποφασιστεί από τον ψυχίατρο με τη συγκατάθεση των γονιών του.

Ο σεβασμός στην αυτονομία του ανηλίκου εξασφαλίζεται από την υποχρέωση εξασφάλισης συναίνεσης (assent) αλλά και από την υποχρέωση του ψυχιάτρου να σέβεται το ιατρικό απόρρητο δηλαδή να τηρεί την εμπιστευτικότητα στη θεραπευτική σχέση με τον ανήλικο ασθενή<sup>60</sup> (EPA, 2021).

Να σημειωθεί ότι ενίοτε ο ψυχίατρος διαπιστώνει ανεπάρκεια γονεϊκού ρόλου υπό την έννοια ότι οι γονείς δεν ακολουθούν τις θεραπευτικές οδηγίες σε βαθμό που αυτό αποβαίνει σε βάρος της ψυχικής υγείας του παιδιού και αυτό αποτελεί μια μορφή παραμέλησης. Η παραμέληση είναι μια μορφή παιδικής κακοποίησης και αποτελεί ικανή αιτία άρσης του ιατρικού απορρήτου και ενημέρωσης υπηρεσιών της πολιτείας που είναι αρμόδιες για την εξασφάλιση του συμφέροντος του παιδιού. Το συμφέρον του παιδιού και τα δικαιώματα του παιδιού αποτελούν οριζόντια πολιτική διάχυτη σε όλες τις νομοθεσίες. Νοείται ότι ανάλογη υποχρέωση άρσης του ιατρικού απορρήτου για προστασία του δικαιώματος του παιδιού έχει ο ψυχίατρος και στην περίπτωση που διαπιστώσει άλλης μορφής κακοποίηση όπως σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, από τους γονείς, τους φροντιστές ή άλλους. (CPI, 2019)

### **1.18 Δεοντολογία στην ψυχιατρική των εξαρτήσεων**

Η ψυχιατρική των εξαρτήσεων είναι νέος κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με τη θεραπεία των ασθενών που είναι εξαρτημένοι σε εξαρτησιογόνες ουσίες ή που πάσχουν από συμπεριφορικές εξαρτήσεις. Οι εξαρτήσεις είναι χρόνιες υποτροπιάζουσες ψυχικές διαταραχές και ως τέτοιες ταξινομούνται στα διεθνή συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, όπως το ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες μπορεί να είναι παράνομες (πχ ηρωίνη, κοκαΐνη) ή να είναι νόμιμες. Οι νόμιμες μπορεί να είναι μη-συνταγογραφούμενες (πχ αλκοόλ, νικοτίνη) ή να είναι συνταγογραφούμενα φάρμακα (πχ αγχολυτικές βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή αναλγητικά). Στις συμπεριφορικές εξαρτήσεις ο ασθενής δεν

---

<sup>60</sup> "Psychiatrists have the responsibility to respect the confidentiality and autonomy of the minor." (EPA, 2021), σελ. 2.



είναι εξαρτημένος σε ουσία αλλά σε συμπεριφορά, όπως είναι η παθολογική ενασχόληση με το τζόγο και η παθολογική ενασχόληση με το διαδίκτυο. Σε κάθε περίπτωση η εξάρτηση όταν αποτελεί ψυχική διαταραχή συνοδεύεται από σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα για τον ασθενή και μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας του στον επαγγελματικό και οικογενειακό τομέα καθώς και στον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων.

Ο χρήστης ουσιών μπορεί να είναι εξαρτημένος οπότε είναι ασθενής που χρήζει θεραπείας απεξάρτησης ή να είναι μη-εθισμένος σποραδικός χρήστης οπότε δεν είναι ασθενής. Σε κάθε περίπτωση η χρήση προϋποθέτει ότι ο χρήστης κατέχει και χρησιμοποιεί παράνομη ουσία. Η χρήση ουσιών από εξαρτημένο ασθενή αποτελεί επομένως ταυτόχρονα παραβατική συμπεριφορά και σύμπτωμα της ψυχικής διαταραχής. Αυτό δημιουργεί βιοηθικό δίλημμα, αφού πρέπει να αποφασιστεί αν πρωτίστως πρέπει να αντιμετωπισθεί ως ασθενής και να ενταχθεί σε θεραπευτικό πρόγραμμα, ή αν πρωτίστως πρέπει να αντιμετωπισθεί ως παραβάτης του νόμου περί ναρκωτικών και να ακολουθήσει σωφρονιστικό πρόγραμμα.

Ο ψυχίατρος οφείλει να ασχολείται με την ψυχιατρική διάσταση των εξαρτήσεων, τηρώντας το ιατρικό απόρρητο και θεραπεύοντας τις εξαρτητικές συμπεριφορές. Σε περιπτώσεις υποδίκων για κατοχή ουσίας, έχει γίνει πλέον αντιληπτό ότι στις πλείστες περιπτώσεις πρόκειται για ασθενείς οι οποίοι δύναται να ωφεληθούν από την εθελοντική ένταξη τους σε πρόγραμμα θεραπείας της εξάρτησης και αυτό προβλέπεται από σύγχρονες νομοθεσίες στη λογική της «θεραπείας αντί ποινής» (CyLaw, 2016).

Νοείται ότι ψυχίατρος οφείλει να προστατεύει τον ασθενή του από εξαρτήσεις στην περίπτωση που λαμβάνει ουσία η οποία είναι δυνητικά εξαρτησιογόνος και συνταγογραφείται για θεραπευτικούς λόγους. Αυτό σημαίνει ότι το εν λόγω φάρμακο θα συνταγογραφείται στη μικρότερη δυνατή δόση για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και θα διακόπτεται με βαθμιαία μείωση της δόσης, σε συνεννόηση με τον ασθενή και ανάλογα με τις ανάγκες του. Νοείται ότι είναι επίσης αντιδεοντολογική η πρόκληση εξάρτησης σε φάρμακα με σκοπό το κέρδος<sup>61</sup> (ΠΙΣ, 2013).

---

<sup>61</sup> "Απαγορεύεται από εμέλεια ή με σκοπό παράνομου κέρδους πρόκληση τοξικομανίας" (ΠΙΣ, 2013), σελ 3.

### **1.19 Επιλογή φύλου και αναπαραγωγική ηθική**

Η επιλογή φύλου του παιδιού είναι επιστημονικά εφικτή και ρυθμίζεται από τοπικές νομοθεσίες. Ο ψυχίατρος δεν παρεμβαίνει στη λήψη μιας τέτοιας απόφασης από τους γονείς του παιδιού.

Σύμφωνα με τον κώδικα βιοηθικής της Ευρωπαϊκής Ψυχιατρικής Εταιρείας, ο ψυχίατρος δεν πρέπει να συμμετέχει σε λήψη αποφάσεων που αφορούν τον τερματισμό κύησης για λόγους επιλογής φύλου του παιδιού<sup>62</sup> (EPA, 2021).

### **1.20 Δεοντολογία στη διασυνδεδετική ψυχιατρική**

Η διασυνδεδετική ψυχιατρική είναι κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με την παροχή ψυχιατρικής υποστήριξης σε ασθενείς του γενικού νοσοκομείου και σε επαγγελματίες υγείας και άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στο γενικό νοσοκομείο. Οι ασθενείς αυτοί είναι ασθενείς με παθολογικά ή χειρουργικά νοσήματα που νοσηλεύονται σε αντίστοιχες κλινικές οι οποίοι παρουσιάζουν συνοδές διαταραχές ψυχικής υγείας, πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι κώδικες δεοντολογίας και των δύο ή περισσότερων ειδικοτήτων στο πλαίσιο της διεπιστημονικής συνεργασίας που απαιτείται προκειμένου να εξασφαλιστεί το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι όταν οι ψυχικές διαταγές παραμένουν αδιάγνωστες ή χωρίς θεραπεία αυτό αυξάνει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα και από σωματικές ασθένειες και αναπηρίες, με συνοδό αύξηση του συνολικού κόστους υγείας. Στο πλαίσιο αυτό ο ψυχίατρος οφείλει να συμβάλλει στον εντοπισμό και στη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών σε όλα τα επίπεδα γενικής παθολογίας ή/και γενικής χειρουργικής περίθαλψης (πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) με την κατάλληλη κάθε φορά παρέμβαση για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών συννοσηροτήτων. Ο ψυχίατρος οφείλει εξάλλου να είναι ευαισθητοποιημένος για τις παθολογικές συννοσηρότητες στον ασθενή

---

<sup>62</sup> " Psychiatrist should not participate in decisions to terminate pregnancy for the purpose of sex selection." (EPA, 2021) σελ. 5.

του, να εφαρμόζει την απαραίτητη διαγνωστική διαδικασία κατά το δυνατό και να συνεργάζεται ή να παραπέμπει τον ασθενή του στον κατάλληλο ειδικό ιατρό.

### **1.21 Δεοντολογία περί ΛΟΑΤΚΙ**

Η προστασία κάθε ατόμου από οποιεσδήποτε διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που αφορούν την έκφραση του φύλου και το σεξουαλικό προσανατολισμό είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου στο πλαίσιο της ευρύτερης υποχρέωσης του για σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα.

Η διαμφυλική ιδιότητα και η ταυτότητα του φύλου είναι χαρακτηριστικό του ατόμου και ο ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει στην κλινική πρακτική του οποιαδήποτε διάκριση ψυχικά ασθενών στη βάση της ταυτότητας φύλου και του σεξουαλικού προσανατολισμού.

Ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται την ταυτότητα του φύλου και το σεξουαλικό προσανατολισμό και να προβαίνει σε ψυχοκοινωνικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις υποστηρικτικής, επιβεβαιωτικής, ενισχυτικής κατεύθυνσης.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι κάθε προσπάθεια αλλαγής του σεξουαλικού προσανατολισμού θεωρείται αντιδεοντολογική όπως εξάλλου αντιδεοντολογική θεωρείται και κάθε προσπάθεια αλλαγής της ταυτότητας του φύλου των διεμφυλικών ατόμων.

Τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα αποτελούν ετερογενή πληθυσμιακή ομάδα (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, LGBTQ+), που ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο υφίστανται διακρίσεις στη βάση της ταυτότητας φύλου και του σεξουαλικού προσανατολισμού.

Κατά τη νοσηλεία του σε ψυχιατρικές ή παθολογικές κλινικές, συχνά υφίστανται διάκριση η οποία συνίσταται σε μη-αποδοχή της ταυτότητας φύλου με αποτέλεσμα να νοσηλεύονται σε κλινικές του αντιθέτου φύλου και αυτό αποτελεί στρεσογόνο ψυχοτραυματικό γεγονός που δρα αντιθεραπευτικά. Στην περίπτωση ασθενούς όπου το βιολογικό φύλο (sex) διαφέρει από το κοινωνικό φύλο (gender) δηλαδή την ταυτότητα του φύλου, το κοινωνικό φύλο πρέπει να γίνεται σεβαστό όπως εξάλλου και η ψυχολογική ταυτότητα του φύλου και ο αντίστοιχος κοινωνικός ρόλος και το όνομα του ασθενούς.

Στην περίπτωση που διεμφυλικός ασθενής που δεν έχει προχωρήσει σε νομική αναγνώριση φύλλου, οπότε το κοινωνικό φύλο του διαφέρει από το φύλο που προκύπτει από την

ταυτότητα και άλλα έγγραφα, το κοινωνικό φύλο πρέπει να γίνεται σεβαστό. Στην περίπτωση αυτή η επιλογή ψυχιατρικής κλινικής θα πρέπει να γίνει στη βάση της ψυχολογικής ταυτότητας του φύλου (κοινωνικό φύλο, gender) και της επιθυμίας του ασθενούς και όχι στη βάση του βιολογικού φύλου όπως έχει καθοριστεί ληξιαρχικά κατά τη γέννηση.

Παλιότερα η ΛΟΑΤΚΙ διεμφυλική ιδιότητα και ο εναλλακτικός σεξουαλικός προσανατολισμός θεωρούνταν παθολογικές καταστάσεις που έπρεπε να θεραπευτούν. Αυτό έχει αλλάξει και οι φυσιολογικές αυτές καταστάσεις δεν περιλαμβάνονται στην λίστα με τις ψυχικές διαταραχές στα διεθνώς αποδεκτά συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών ICD-10 του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2019) και DSM-5 της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA, 2022).

Οι θεραπείες που γίνονταν παλιότερα για αλλαγή σεξουαλικού προσανατολισμού και ταυτότητας φύλου γνωστές και ως «θεραπίες μεταστροφής/επανόρθωσης» θεωρούνται πλέον αντιδεοντολογικές και χαρακτηρίζονται ως «ψευδοθεραπίες». Πρόκειται για ψυχοθεραπίες που βασίζονται στην παραδοχή ότι η ομοφυλοφιλία είναι ψυχική διαταραχή και ότι οι ομοφυλόφιλοι είναι ασθενείς που πρέπει να αλλάξουν σεξουαλικό προσανατολισμό.

Ειδικότερα, ο μη-ετερόφυλος σεξουαλικός προσανατολισμός (ομοφυλοφιλία, αμφιφυλοφιλία) και η διαφοροποίηση στην ταυτότητα του φύλου (διεμφυλικότητα) αντιμετωπίζονταν ως ψυχικές διαταραχές από την ψυχιατρική κοινότητα μέχρι προ 50 ετίας, ενώ από το 1973 δεν αποτελούν πλέον ψυχιατρικές διαταραχές.

Για την ώρα η δυσφορία του φύλου (gender dysphoria) συνεχίζει να αποτελεί ψυχική διαταραχή που περιγράφεται στο DSM-5. Η εν λόγω ψυχική διαταραχή θεραπεύεται στην κατεύθυνση υποστήριξης και ενδυνάμωσης της ψυχολογικής ταυτότητας του φύλου. Έχει γίνει σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά αποδεκτό ότι η ανθρώπινη σεξουαλικότητα και η ταυτότητα του φύλου μπορεί να έχει πολλές φυσιολογικές μορφές.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει στην κλινική πρακτική κάθε ψευδοθεραπεία μεταστροφής/επανόρθωσης αναγνωρίζοντας ότι αυτές οι «θεραπίες» δεν έχουν επιστημονική ούτε βιοηθική τεκμηρίωση, ενώ αντιθέτως υπάρχει επιστημονική

τεκμηρίωση ότι τέτοιες προσπάθειες μπορεί να αποβούν εις βάρος της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Επιπλέον δεν υπάρχει τεκμηρίωση ότι η ταυτότητα του φύλου και ο σεξουαλικός προσανατολισμός μπορούν να αλλάξουν με τέτοιου είδους παρεμβάσεις. Αντιθέτως, οι άνθρωποι με διαφορετική ταυτότητα φύλου ή/και σεξουαλικό προσανατολισμό, μπορούν να ωφεληθούν με παρεμβάσεις υποστηρικτικές, επιβεβαιωτικές, ενισχυτικές. Να σημειωθεί ότι η ιατρική έρευνα σε αυτή την κατεύθυνση έχει αξιολογηθεί ως βιοηθικά μη-αποδεκτή και τέτοια ερευνητικά πρωτόκολλα κατά κανόνα δεν εγκρίνονται από επιτροπές βιοηθικής.

Ο ψυχίατρος οφείλει, στο πλαίσιο του κοινωνικού του ρόλου την αποτροπή διενέργειας ψευδοθεραπειών μεταστροφής/επανόρθωσης οι οποίες βασίζονται στην παραδοχή ότι ο εναλλακτικός σεξουαλικός προσανατολισμός και η εναλλακτική ταυτότητα του φύλου αποτελούν ψυχικές διαταραχές και κατά συνέπεια χρήζουν θεραπείας.

### **1.22 Ψυχοθεραπείες και ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος**

Οι ψυχοθεραπείες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχιατρικής. Το επιστημονικό μοντέλο της σύγχρονης ψυχιατρικής είναι βιοψυχοκοινωνικό. Αυτό σημαίνει ότι -στη βάση της υπάρχουσας επιστημονικής τεκμηρίωσης- η αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών είναι συνδυασμός βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Κατά συνέπεια, η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών γίνεται με συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών/ψυχοθεραπευτικών και κοινωνικών παρεμβάσεων.

Η καταγραφή των δεδομένων στον ιατρικό φάκελο του ασθενούς είναι σημαντική για λόγους επιστημονικής τεκμηρίωσης αλλά όχι μόνο. Τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το άμεσο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς αφού εκεί καταγράφεται το ιστορικό, οι διαγνωστικές εξετάσεις (πχ ψυχομετρικός έλεγχος, νευροαπεικονιστικός έλεγχος) η διάγνωση, η πορεία της νόσου, η ανταπόκριση στη θεραπεία. Στα στοιχεία αυτά μπορεί να έχει πρόσβαση και άλλος θεράπωντας ιατρός, της ίδιας ή άλλης ειδικότητας, μετά από εξουσιοδότηση του ασθενούς και έτσι βελτιώνεται η διεπιστημονική επικοινωνία και η αποτελεσματικότητα της διεπιστημονικής κλινικής ομάδας που εργάζεται για τη θεραπεία του ασθενούς.

Η καταγραφή των στοιχείων στο φάκελο είναι απαραίτητη και για νομικούς λόγους σε περίπτωση που το δικαστήριο απαιτήσει άρση ιατρικού απορρήτου, αλλά και για λόγους ψυχιατρικής έρευνας βάση πρωτοκόλλου εγκεκριμένου από την επιτροπή δεοντολογίας.

Νοείται ότι τα δεδομένα που καταγράφονται στον ιατρικό φάκελο είναι ευαίσθητα και εμπιστευτικά και ότι προστατεύονται από νομοθεσία περί ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και από το νομοθετικό πλαίσιο του γενικού κανονισμού προστασίας προσωπικών δεδομένων (General Data Protection Rule). Η πρόσβαση στα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα υγείας είναι εξουσιοδοτημένη από τον ασθενή και κλιμακωτή, πράγμα που σημαίνει ότι ο κάθε επαγγελματίας υγείας έχει πρόσβαση μόνο στα στοιχεία που χρειάζεται για να επιτελέσει το κλινικό έργο που του έχει αναθέσει ο αυτόνομος ασθενής. Η πρόσβαση στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο καταγράφεται αυτόματα σε log file με ημερομηνία και ώρα πρόσβασης καθώς και ιστορικό των στοιχείων που μελετήθηκαν και οι αλλαγές που έγιναν από το γιατρό.

Σε ένα καλά ρυθμισμένο νομικώς πλαίσιο η καταγραφή στοιχείων που αφορούν την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση και την ψυχοθεραπεία είναι δεοντολογικά σωστή και επιβαλλόμενη. Να σημειωθεί ότι το υλικό μιας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας είναι αδύνατο να καταγραφεί με πληρότητα στον ηλεκτρονικό φάκελο, μπορούν όμως να καταγράφονται τα κύρια σημεία της κάθε συνεδρίας.

# Κεφάλαιο 2

## Υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς την κοινωνία

### 2.1 Κοινωνική διάσταση της ψυχιατρικής

Ο ψυχίατρος έχει δεοντολογική υποχρέωση όχι μόνο προς τον ασθενή του αλλά και προς την κοινωνία<sup>63</sup> (WPA, 2020). Είναι η υποχρέωση του ψυχιάτρου, όπως και των άλλων ιατρών, να χρησιμοποιούν την εξειδικευμένη γνώση τους, την εμπειρογνωμοσύνη και τις δεξιότητες τους στην κατεύθυνση προώθησης της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής ευημερίας των ατόμων που μπορεί να παρουσιάζουν ψυχική ευαλωτότητα ή/και ψυχική διαταραχή. Επιπροσθέτως, ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να υπερασπίζεται τα συμφέροντα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και να συμβάλλει στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. (WPA, 2020).

Όπως κάθε επιστήμη έτσι και η ψυχιατρική έχει και κοινωνική διάσταση που αφορά την κοινωνική ψυχική υγεία και τη δημόσια υγεία γενικότερα. Η Υγεία είναι σωματική, ψυχική και κοινωνική. Δεν υπάρχει Υγεία χωρίς ψυχική υγεία. Ο ψυχίατρος έχει την υποχρέωση να συμβάλει στην διατήρηση της δημόσιας υγείας κάνοντας κοινωνικές παρεμβάσεις προς την κατεύθυνση επίλυσης κοινωνικών προβλημάτων, τα οποία αποτελούν κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες που υπονομεύουν την ψυχική υγεία των πολιτών και δυσχεραίνουν την πρόγνωση των ασθενών. Αντίξοες κοινωνικές συνθήκες όπως φτώχεια, ανεργία, αστεγία, χαμηλή προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας και στο εκπαιδευτικό σύστημα, συνοδεύονται από χρόνιο στρες το οποίο αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα ψυχικής διαταραχής. Ο ψυχίατρος μπορεί και πρέπει να σχολιάζει δημοσίως αυτούς τους κοινωνικούς παράγοντες στο βαθμό που αυτοί σχετίζονται με την ψυχική υγεία και την ψυχική διαταραχή, ξεκαθαρίζοντας στο κοινό αν μιλά με την προσωπική του ιδιότητα ή με

---

<sup>63</sup> Η ψυχιατρική γνώση και εμπειρογνωμοσύνη πρέπει να είναι στην υπηρεσία της κοινωνίας. (WPA, 2020), page 2.

την επιστημονική του ιδιότητα οπότε θα πρέπει να στηρίζεται σε επιστημονικά επιχειρήματα από δημοσιευμένες μελέτες<sup>64</sup> (CMA, 2002).

Ενδεικτικά, στην περίπτωση της πανδημίας COVID-19, φάνηκε ότι η πανδημία, ως γενικευμένος κοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας επιδείνωσε άλλα υπάρχοντα κοινωνικά προβλήματα και επηρέασε έμμεσα και άμεσα την ψυχική υγεία. Η κοινωνική ψυχική υγεία έπαιξε ρόλο με τη σειρά της στην επιδείνωση και την αναχαίτηση της πανδημίας, επηρεάζοντας τη συνεργασία των πολιτών και την εναρμόνιση της κοινωνίας στην εφαρμογή των προστατευτικών μέτρων (τήρηση φυσικής απόστασης, καραντίνα, πλύσιμο χεριών) και στο εμβολιαστικό πρόγραμμα. Σε τέτοιες περιπτώσεις (πανδημίες, μαζικές καταστροφές, οικονομικές κρίσεις) ο ψυχίατρος οφείλει να επηρεάζει την κοινή γνώμη με επιστημονικά επιχειρήματα, προς την επιστημονικά αποδεκτή κατεύθυνση ώστε να προάγει τη δημόσια υγεία. Αυτό ενδεικτικά μπορεί πρακτικά να υλοποιηθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τηλεόραση, ραδιόφωνο, κοινωνικά δίκτυα (social media), αρθρογραφία, αλλά και ετοιμάζοντας μηνύματα που θα περάσουν στους πολίτες από πολιτειακούς αξιωματούχους και άλλα πρόσωπα μεγάλης πολιτικής επιρροής.

Η υγεία είναι κοινωνική ψυχική και σωματική, και οι τρεις αυτές διαστάσεις αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους. Οι σωματικές παθήσεις έχουν ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις, ενώ οι ψυχικές παθήσεις έχουν σωματική και κοινωνική διάσταση. Ο ψυχίατρος πρέπει να εργάζεται για την εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς και την υπερπήδηση υπαρχόντων εμποδίων μεταξύ υπηρεσιών σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και στη ομαλή μετάβαση από υπηρεσίες ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ενηλίκων<sup>65</sup> (RCPsych, 2016).

Γενικότερα, όπου ο ψυχίατρος διαπιστώνει έλλειμμα στη δομή ή τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που προκαλεί μείωση της ποιότητας της φροντίδας που

---

<sup>64</sup> " Psychiatrists may at times feel obliged to comment publicly on certain social issues (for example, on poverty, homelessness, or abortion) as they may relate to mental health. However, it is important for the profession to state clearly whether the comment or opinion is a personal or professional one and not to use one's professional status to augment the validity of a personal opinion." (CMA, 2002), page 8.

<sup>65</sup> " Psychiatrists shall strive to improve the continuity of care by breaking down barriers between services such as those between mental health and other clinical services, and between child and adult services." (RCPsych, 2016), principle 12.3, σελ. 12.



χρειάζεται ο ασθενής, έχει ηθική υποχρέωση να το αναφέρει στις αρμόδιες αρχές<sup>66</sup> (CPI, 2019).

## **2.2 Αποφυγή διακρίσεων**

Ο Ψυχίατρος έχει υποχρέωση να ασκεί το λειτούργημα χωρίς διακρίσεις εις βάρος ασθενών και χωρίς προνομιακή μεταχείριση άλλων. Η αποφυγή διακρίσεων προβλέπεται σε όλους τους κώδικες ψυχιατρικής και ιατρικής δεοντολογίας. Οι διακρίσεις γίνονται συνήθως στη βάση χαρακτηριστικών του ασθενούς όπως φύλου, φυλής, εθνικότητας, εθνότητας, κοινωνικής τάξης, οικονομικής κατάστασης, θρησκευτικών πεποιθήσεων, πολιτικών πεποιθήσεων, ταυτότητας φύλου, σεξουαλικού προσανατολισμού. Το χαρακτηριστικό της ψυχιατρικής διάγνωσης αποτελεί συχνά παράγοντα που οδηγεί σε δυσμενείς διακρίσεις που οδηγούν σε μειωμένη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες.

Οι διακρίσεις αποτελούν εξάλλου σημαντική διάσταση του στίγματος της ψυχικής νόσου. Το στίγμα της ψυχικής νόσου είναι το σύνολο των στερεοτύπων, νοοτροπιών, προκαταλήψεων, διακρίσεων εις βάρος του ψυχικά ασθενούς. Το στίγμα επιδεινώνει την πρόγνωση λόγω καθυστέρησης έναρξης θεραπείας, αφού αποτρέπει τον ασθενή και τους συγγενείς του να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια και χάνεται πολύτιμος θεραπευτικός χρόνος. Στο πλαίσιο της υποχρέωσης του να εξασφαλίσει το θεραπευτικό συμφέρον των ασθενών χωρίς διακρίσεις, ο ψυχίατρος πρέπει να συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος.

## **2.3 Υποχρέωση για συμβολή του ψυχιάτρου στη δημόσια υγεία**

Η υποχρέωση του ψυχιάτρου για συμβολή στη δημόσια υγεία αναφέρεται στο καθήκον του ψυχιάτρου για προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα και την πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών. Η προαγωγή της δημόσιας ψυχικής υγείας συμβάλει στην ευρύτερη προαγωγή της ψυχικής υγείας, συνεπώς ενσωματώνει τις αρχές της αγαθοπραξίας, της κοινωνικής προσφοράς, της διανεμητικής δικαιοσύνης (με την έννοια της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας) και της εφαρμογής της ψυχιατρικής εμπειρογνωμοσύνης στην υπηρεσία της κοινωνίας (WPA, 2020).

---

<sup>66</sup> “Psychiatrists must be aware of the quality of care being received by their patients, and where there are deficits in the quality or delivery of care; psychiatrists must bring this to the attention of the appropriate authorities.” (CPI, 2019), σελ. 5.

Είναι καλά τεκμηριωμένο και ο ψυχίατρος γνωρίζει ότι τα σημεία και τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών εμφανίζονται συχνά νωρίς στη ζωή και ότι η έγκαιρη ανίχνευση τους και η έγκαιρη παρέμβαση είναι σημαντική για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Στη βάση αυτή είναι σημαντική η υποχρέωση του ψυχιάτρου να συμβάλει κατά το δυνατό στην ενθάρρυνση και την ευαισθητοποίηση του κοινού για τις πρώιμες εκδηλώσεις των ψυχιατρικών διαταραχών στα παιδιά, στους εφήβους και στους νέους ενήλικες.

Είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη σημασία της πρόληψης της ανάπτυξης ψυχιατρικών διαταραχών στις ευάλωτες και στις μη-προνομιούχες πληθυσμιακές ομάδες που συχνά παραβλέπονται. Οι ομάδες αυτές έχουν αυξημένο κίνδυνο για ψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με αυξημένο άγχος και ψυχολογικό τραύμα.

Ενώ η διάγνωση και η θεραπεία είναι στον πυρήνα της ψυχιατρικής, στην πρόληψη και στην αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών συχνά δεν δίνεται η αναγκαία έμφαση. Αναγνωρίζοντας ότι πολλά άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές μπορούν να επωφεληθούν από την ενεργό συμμετοχή σε υπηρεσίες αποκατάστασης, οι ψυχίατροι οφείλουν να προωθούν την ανάπτυξη και τη διαθεσιμότητα τέτοιων υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης περιλαμβάνουν υπηρεσίες στέγασης όπως ημιπροστατευόμενους ξενώνες στην κοινότητα, ενδιάμεσες δομές προσωρινής φιλοξενίας για το χρόνο μεταξύ νοσοκομείου και επανένταξης στην κοινότητα, υπηρεσίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης για ψυχικά πάσχοντες καθώς και υπηρεσίες εύρεσης προστατευόμενης επιχορηγούμενης και ανεξάρτητης αυτόνομης εργασίας. Ο ψυχίατρος οφείλει να προσφέρει την εμπειρογνωμοσύνη του στην πολιτεία για την ανάπτυξη τέτοιων ωφέλιμων δομών και υπηρεσιών για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας στον ασθενή και στην κοινωνία. Στις περιπτώσεις όπου διαπιστώνει ότι η αποκατάσταση και η επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην εργασία και στην κοινωνία υπονομιούνται από το κοινωνικό στίγμα, ο ψυχίατρος οφείλει να εργάζεται για τον αποστιγματισμό των ψυχικών διαταραχών. Γενικότερα οφείλει να αξιοποιεί κάθε ευκαιρία καταπολέμησης του στίγματος των ψυχικών διαταραχών κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, καθώς και να συμμετέχει σε δραστηριότητες δημόσιας υγείας που στοχεύουν στο στίγμα των ψυχικών διαταραχών, κατά το δυνατό.

Τα κοινωνικά προβλήματα σχετίζονται συχνά με αδιάγνωστες ψυχικές διαταραχές και με μειωμένη προσβασιμότητα μη-προνομιούχων οικογενειών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης προς παιδιά, γυναίκες και υπερήλικες είναι συχνές και αποτελούν σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα. Η κακοποίηση περιλαμβάνει τη σωματική βία, την ψυχολογική βία, τη σεξουαλική βία και την παραμέληση. Ο ψυχίατρος οφείλει να έχει επίγνωση των καταστροφικών συνεπειών της της σωματικής, συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην ψυχική υγεία και ευημερία, ιδιαίτερα για τις γυναίκες και τα παιδιά, και να εργάζεται για να ελαχιστοποιήσει την εμφάνιση ενδοοικογενειακής βίας.

Κατά την εμπλοκή στην επίλυση κοινωνικών προβλημάτων αξιοποιώντας την επιστημονική γνώση και την εμπειρογνωμοσύνη του ο ψυχίατρος πρέπει να αποφεύγει να συμμετέχει σε κυβερνητικές, κοινωνικές ή προσωπικές δραστηριότητες που στοχεύουν ή ενισχύουν διακρίσεις σε βάρος ενός εθνοτικών, φυλετικών, θρησκευτικών, σεξουαλικών ή άλλων κοινωνικών ομάδων.

Ο ψυχίατρος έχει δεοντολογική υποχρέωση να συμβάλει στη διατήρηση της κοινωνικής υγείας, της δημόσιας ψυχικής υγείας και της δημόσιας υγείας. Η συμβολή του πρέπει να γίνεται με επιστημονική τεκμηρίωση δηλαδή χωρίς να ξεφεύγει από το επιστημονικό πλαίσιο. Σε κρίσεις δημόσιας υγείας, όπως οι πανδημίες και οι μαζικές καταστροφές, η ψυχική υγεία του πληθυσμού επηρεάζεται αρνητικά. Η αρνητικά επηρεασμένη ψυχική υγεία με τη σειρά της επηρεάζει την έκβαση της υγειονομικής κρίσης.

Στην πρόσφατη πανδημία COVID-19 η ψυχική υγεία του πληθυσμού επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό λόγω φόβου νόσησης και θανάτου, κοινωνικού στρες και οικονομικού στρες αλλά και λόγω σωματικών επιπτώσεων της ίωσης. Η επιδείνωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού έγινε αντιληπτή από την αύξηση των νοσηλειών σε ψυχιατρικές κλινικές και από την αύξηση κατανάλωσης αλκοόλ και άλλων νόμιμων και παράνομων ψυχοτρόπων ουσιών όπως και από την αυξημένη ανάγκη συνταγογράφησης ψυχιατρικών φαρμάκων.

Η διαχείριση του άγχους της πανδημίας από μέρος του πληθυσμού έγινε με τη χρήση ανώριμων αμυντικών μηχανισμών όπως η άρνηση της πραγματικότητας, γιαυτό έγιναν σε κάποιο βαθμό αποδεκτές απόψεις άρνησης της πραγματικότητας και δημιουργήθηκε

κίνημα αρνητών του κορωνοϊού, οι οποίοι υποβάθμισαν ή και αρνούνταν της ύπαρξη της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης. Σε τέτοιο πλαίσιο βρήκαν έδαφος ανάπτυξης συννομοσιολογικές θεωρίες, παραθρησκευτικές και αντιεμβολιαστικές προσεγγίσεις. Νοείται ότι η επικράτηση τέτοιων κοινωνικών αντιλήψεων την ώρα της υγειονομικής κρίσης υπονομεύει την προσπάθεια της επιστημονικής κοινότητας για γρήγορη έξοδο από την πανδημία, μέσω μείωσης της συνεργασίας των πολιτών στα υγειονομικά μέτρα (φυσική απόσταση, μάσκα, πλύσιμο χεριών, εμβολιασμός πληθυσμού). Ο ψυχίατρος στο πλαίσιο της υποχρέωσης του να συμβάλλει στη δημόσια υγεία οφείλει στην υγειονομική κρίση, με επιστημονικά επιχειρήματα, να συμβάλλει στη διατήρηση και αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και μέσω αυτής στη δημόσια υγεία.

Ο Ψυχίατρος, στο πλαίσιο της υποχρέωσης του στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, έχει υποχρέωση να συμβάλλει στην καταπολέμηση του στίγματος. Το στίγμα της ψυχικής νόσου είναι το σύνολο των στερεοτύπων, νοοτροπιών, προκαταλήψεων, διακρίσεων εις βάρος του ψυχικά ασθενούς. Το στίγμα επιδεινώνει την πρόγνωση λόγω καθυστέρησης έναρξης θεραπείας, αφού αποτρέπει τον ασθενή και τους συγγενείς του να ζητήσουν έγκαιρα βοήθεια και χάνεται πολύτιμος θεραπευτικός χρόνος. Υπονομεύοντας τη θεραπεία της ψυχικής νόσου, το στίγμα αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τη δημόσια υγεία.

#### **2.4 Προσβασιμότητα σε ψυχιατρικές υπηρεσίες**

Ο ψυχίατρος έχει την υποχρέωση να υποστηρίζει και να εργάζεται στην κατεύθυνση της εξασφάλισης της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης για όλους και της δίκαιης, κατάλληλης και ποιοτικής πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως προβλέπεται εξάλλου και από τον κώδικα ηθικής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Ψυχιατρικής<sup>67</sup> (EPA, 2021).

Η πρόσβαση αφορά υπηρεσίες ψυχικής υγείας που περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας, θεραπείας, αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές. Νοείται ότι η καθολική φροντίδα υγείας γίνεται με αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων κάθε συστήματος υγείας και κάθε χώρας. Ο ψυχίατρος οφείλει να εργάζεται σε διαφορετικά επίπεδα για την προώθηση της δημόσιας ψυχικής υγείας και ευεξίας, καθώς και μείωση του

---

<sup>67</sup> “Psychiatrists hold the obligation to advocate for universal health care for everyone, and fair and appropriate prevention, care, treatment, and rehabilitation for persons with mental disorders within available resources in their respective country.” (EPA, 2021), σελ. 1.

κοινωνικού στίγματος της ψυχικής διαταραχής και των διακρίσεων που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες.

Η αντιμετώπιση του στίγματος είναι απαραίτητη ώστε ο ψυχικά ασθενής να μη ζει στο περιθώριο της κοινωνίας αλλά να έχει πρόσβαση σε αυτόνομη στέγαση, εργασία, μόρφωση, επαγγελματική κατάρτιση και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου<sup>68</sup> (RCPsych, 2016).

## **2.5 Θρησκεία και ψυχιατρική**

Η θρησκευτική πίστη και η θρησκευτική πρακτική είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στον πλανήτη με διαφορές μεταξύ των θρησκειών αλλά και σημαντικές δομικές και θεωρητικές ομοιότητες. Από τη μεγάλη δημοφιλία των θρησκειών φαίνεται ότι καλύπτουν μεγάλη ανθρώπινη ανάγκη. Ο ψυχίατρος πρέπει να σέβεται τη θρησκευτική πίστη του ασθενούς, όποια και αν είναι αυτή, στη βάση του δικαιώματος της ανεξιθρησκείας και να προχωρήσει στη θεραπεία της ψυχικής διαταραχής χωρίς να παρεμβαίνει στον προσωπικό κώδικα ηθικής του ασθενούς<sup>69</sup> (RCPsych, 2016).

Νοείται ότι αν στην περίπτωση που ο ψυχίατρος έχει ο ίδιος θρησκευτική πίστη και θρησκεία δεν πρέπει να προσπαθήσει να επηρεάσει τον ασθενή στην κατεύθυνση της δικής του θρησκείας.

## **2.6 Σεβασμός στις ιδιαιτερότητες των μειονοτήτων**

Ο ψυχίατρος οφείλει να δείχνει σεβασμό στις ιδιαιτερότητες των μειονοτήτων. Οι μειονότητες είναι κοινωνικές ομάδες με ξεχωριστό πολιτισμικό υπόβαθρο και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν ιδιαίτερο τρόπο σκέψης και συναισθηματικές αντιδράσεις, νοοτροπίες, αντιλήψεις, ιδεολογίες, θρησκευτικές πεποιθήσεις, δοξασίες, προκαταλήψεις. Οι ιδιαιτερότητες της μειονοτικής κοινωνικής ομάδας ενδεχομένως έχουν επηρεάσει και τον κώδικα προσωπικής ηθικής του ασθενούς ο

---

<sup>68</sup> " Psychiatrists shall develop strategies to promote a positive image of mental illness in the media so that people with mental illness are not sidelined or stigmatised and can have access to the full range of options with regard to healthcare, housing, education, employment and leisure that people without mental health issues enjoy." (RCPsych, 2016), principle 12.3, page 12

<sup>69</sup> " Psychiatrists shall not diagnose or treat a person as mentally ill on the basis of that person's political, religious, ideological, moral or philosophical beliefs, or race, ethnicity, age, gender or sexual orientation." principle 7.2, page 13

ο οποίος πρέπει να γίνεται σεβαστός από τον ψυχίατρο στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο ψυχίατρος οφείλει να θεραπεύσει την ψυχική διαταραχή χωρίς να παρεμβαίνει στον προσωπικό κώδικα ηθικής του ασθενούς.

## **2.7 Υποχρέωση για διάδοση της ψυχιατρικής γνώσης**

Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση για διάδοση της ψυχιατρικής γνώσης με τρόπο ώστε η ψυχιατρική κοινότητα και η κοινότητα των ασθενών να επωφελείται κατά το μέγιστο δυνατό (RANZP).

Ο ψυχίατρος μέσα από την δια βίου εκπαίδευση και την εμπειρία του κατέχει την ψυχιατρική γνώση και τις δεξιότητες τις οποίες οφείλει να συντηρεί, να εξελίσσει, και να μοιράζεται με άλλους συναδέλφους ψυχιάτρους, με ειδικευόμενους ψυχιάτρους και με φοιτητές, αλλά και με τους ασθενείς και τις οικογένειες των ασθενών. Οφείλει να διατηρεί υψηλό το επίπεδο του ιατρού του και ταυτόχρονα να συνεχίζει την επαγγελματική του εκπαίδευση, αλλά και να συνεισφέρει στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση των συναδέλφων, φοιτητών, και επαγγελματιών υγείας, για παράδειγμα μέσα από την κρίση επιστημονικών άρθρων με τη μέθοδο των κριτών και μέσα από επιστημονικές παρουσιάσεις και συζητήσεις σε εκπαιδευτικά σεμινάρια εκπαιδευτικού χαρακτήρα.

Ο ψυχίατρος πρέπει να αναγνωρίζει ότι οι ασθενείς οι οικογένειες τους αποτελούν πηγή γνώσης και να τους και να τους ακούει με προσοχή στην προσπάθεια του να κατανοήσει τον ασθενή και τη βιωματική εμπειρία της πάθησης του, αλλά και τα γενικότερα θέματα ψυχικής υγείας. Κατά τη διαδικασία εκπαίδευσης και εποπτείας των ειδικευομένων, ο ψυχίατρος πρέπει να προσπαθεί να εξασφαλίσει το βέλτιστο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς, εξασφαλίζοντας ότι η φροντίδα που παρέχεται από τον ειδικευόμενο στον ασθενή είναι κάθε φορά η κατάλληλη. Στην προσπάθεια αυτή οφείλει να εξασφαλίζει ότι η παρεχόμενη εκπαίδευση, καθοδήγηση και υποστήριξη στον ειδικευόμενο είναι η κατάλληλη. Κατά τη διαδικασία εκπαίδευσης και εποπτείας του ειδικευόμενου, οι ψυχίατροι και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να παραβλέπουν ούτε να εκμεταλλεύονται την εγγενή ανισορροπία ισχύος που είναι αναπόφευκτη σε αυτές τις επαγγελματικές σχέσεις. Ο επιβλέπων ή ο μέντορας των ειδικευομένων πρέπει να εξασφαλίζει ότι η σχέση του με τον

ειδικευόμενο είναι ελεύθερη από συγκρούσεις συμφερόντων, όπως οικονομικές και άλλες εμπορικές συναλλαγές, σεξουαλικές και άλλες στενές προσωπικές σχέσεις.

Η ψυχιατρική γνώση και η εμπειρογνωμοσύνη πρέπει να διαμοιράζεται όχι μόνο μεταξύ ψυχιάτρων αλλά και με τον ασθενή και την οικογένεια του, στο βαθμό βέβαια που αφορά την ψυχική του διαταραχή και μπορεί να κατανοήσει, να αφομοιώσει και να διαχειριστεί τις πληροφορίες και να ωφελεί από αυτές αποκτώντας καλύτερη συνεργασία στην θεραπευτική διαδικασία. Ο ψυχίατρος πρέπει να μοιράζεται την επιστημονική του γνώση και εμπειρογνωμοσύνη, όχι μόνο με συναδέλφους και ειδικευόμενους, αλλά και τον ασθενή και την οικογένεια του. Η υποχρέωση για διαμοίραση της ψυχιατρικής γνώσης και εμπειρογνωμοσύνης μπορεί να θεωρηθεί ως διάσταση της αρχής της αγαθοπραξίας ώστε η αγαθοπρακτική υποχρέωση να περιλαμβάνει και το περιβάλλον του ασθενή, την οικογένεια του, τους βασικούς φροντιστές και το κυρίως υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο που παρέχοντας πρακτική και ψυχοκοινωνική στήριξη επηρεάζει θετικά την πρόγνωση και την έκβαση της ψυχικής διαταραχής.

## **2.8 Διαπολιτισμική ψυχιατρική δεοντολογία**

Η διαπολιτισμική ψυχιατρική είναι κλάδος της ψυχιατρικής που ασχολείται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ασθενών που ζουν σε ξένο προς αυτούς πολιτισμικό περιβάλλον, στο βαθμό που η αλληλεπίδραση των δικών τους και των ξένων χαρακτηριστικών επηρεάζει τον τρόπο εκδήλωσης των ψυχικών συμπτωμάτων, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την κοινωνική ένταξη και αποκατάσταση. Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να γνωρίζει βασικές αρχές διαπολιτισμικής ψυχιατρικής στο βαθμό που να μπορεί να βοηθήσει ιατρικά ασθενείς πέρα από το στενό πολιτισμικό πλαίσιο της δικής του εθνότητας.

Στην σύγχρονη εποχή της ευρωπαϊκής ένωσης και παγκοσμιοποίησης οι περισσότερες κοινωνίες, ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές μεγαλουπόλεις έχουν διαπολιτισμικά και διαφυλετικά χαρακτηριστικά. Το εμπόδιο της γλώσσας ενίοτε δεν μπορεί να ξεπεραστεί με μεταφραστική αλλά χρειάζεται διαπολιτισμικός μεσολαβητής, δηλαδή άτομο που να γνωρίζει και τις δύο κουλτούρες και να μπορεί να μεταφέρει και να αντιστοιχίσει πολιτισμικά θέματα και χαρακτηριστικά. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε ασθενείς που ανήκουν σε ευάλωτες πολιτισμικές ομάδες προσφύγων και μεταναστών. Η ευαλωτότητα αυτών των ομάδων

προκύπτει από την αδυναμία καλής χρήσης της γλώσσας, από την έλλειψη επαρκούς υποστηρικτικού περιβάλλοντος, από κοινωνικοοικονομικούς στρεσογόνους παράγοντες όπως ανεργία, αστεγία, φτώχεια ή πολύ χαμηλή οικονομική ισχύ, και από την αδυναμία αποτελεσματικής πολιτισμικής και κοινωνικής ένταξης, παράγοντες που τους φέρνουν σε δυσμενή θέση και αποτελούν δυσμενείς, στρεσογόνους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που όχι μόνο αυξάνουν την ψυχοπαθολογία αλλά επιδεινώνουν την πρόγνωση μέσω αυξημένης ψυχιατρικής ευαλωτότητας.

Ασθενείς που προέρχονται από χώρες του τρίτου κόσμου παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στον τρόπο σκέψης και βίωσης της καθημερινότητας και χαρακτηριστικά που στο δικό τους πολιτισμικό πλαίσιο είναι συνήθη και κοινωνικώς αποδεκτά, μπορεί στο ευρωπαϊκό πολιτισμικό πλαίσιο να μοιάζουν με ψυχιατρικά συμπτώματα. Ενδεικτικά αναφέρεται η μαγική σκέψη δηλαδή η πεποίθηση ότι με τη σκέψη τους μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά τις εξελίξεις και ο ανιμισμός δηλαδή η τάση να απόδοσης έμψυχων ιδιοτήτων σε άψυχα αντικείμενα. Οποσδήποτε η διαπολιτισμική ψυχιατρική αποτελεί εξειδικευμένο θέμα και ο ψυχίατρος έχει την υποχρέωση συμβουλευτεί ή να παραπέμψει τον ασθενή σε πιο έμπειρο ή πιο ειδικό συνάδελφο όταν υπάρχει αυτή δυνατότητα εφόσον κρίνει ότι έτσι θα εξυπηρετηθεί καλύτερα το θεραπευτικό συμφέρον του συγκεκριμένου ασθενούς<sup>70</sup> (RCPsych, 2016).

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει και να σέβεται τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή και της οικογένειας του (πχ εθνικά, θρησκευτικά, φυλετικά χαρακτηριστικά) (RANZCP, 2018). Οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη φροντίδα του ασθενούς.

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους που συμβάλλουν στην ψυχική διαταραχή του ασθενούς. Επιπροσθέτως οφείλει να αναγνωρίζει και να συμπεριλαμβάνει τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που κρίνει αναγκαίες για τη θεραπεία του ασθενούς. Η

---

<sup>70</sup> " Psychiatrists shall be aware of the limits of their knowledge and expertise, and ask where appropriate for a colleague's advice or a second opinion." (RCPsych, 2016) principle 6.3, page 12



βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση είναι αναγκαία για την εξασφάλιση της υγείας του ασθενούς, αφού η υγεία έχει σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση.

Πέρα από την σωματική, ψυχική και κοινωνική διάσταση, ο ψυχίατρος πρέπει να λαμβάνει υπόψη και την πνευματική (spiritual) διάσταση.

Να σημειωθεί ότι η διαπολιτισμική διάσταση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και στην εκπαίδευση, όταν ο ψυχίατρος διδάσκει φοιτητές και ειδικευόμενους ψυχιάτρους<sup>71</sup> (WPA, 2020).

## **2.10 Αξιολόγηση των αιτητών ασύλου, προσφύγων, μεταναστών**

Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση ισότιμης μεταχείρισης των ασθενών χωρίς διακρίσεις ανεξάρτητα από τη νομική τους κατάσταση, την εθνικότητα (υπηκοότητα, citizenship, nationality) και την εθνότητα (ethnicity) τους. Στην ανθρώπινη ιστορία το μεταναστευτικό και το προσφυγικό ζήτημα είναι πάντα παρόν, σε άλλοτε άλλο βαθμό ανάλογα με τη χώρα και την εποχή, ως αποτέλεσμα κοινωνικών φαινομένων, πολέμων, οικονομικών κρίσεων. Στο πλαίσιο αυτό έχει αναπτυχθεί σε βάθος χρόνο ο κλάδος της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής. Στην καθημερινή κλινική πράξη δεν είναι πάντα εφικτή η διαθεσιμότητα εξειδικευμένων υπηρεσιών διαπολιτισμικής ψυχιατρικής οπότε ο ψυχίατρος έχει την ηθική υποχρέωση να φροντίσει τον ασθενή συνήθως αξιοποιώντας τις κλινικές του γνώσεις και με τη βοήθεια μεταφραστή ή στην καλύτερη περίπτωση με τη βοήθεια πολιτισμικού διαμεσολαβητή ο οποίος πέρα από τη γλώσσα γνωρίζει και μπορεί να μεταφέρει και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και της κοινότητάς του. Είναι σημαντική προϋπόθεση η επίτευξη ποιοτικής επικοινωνίας για τη δημιουργία αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Ο ψυχίατρος οφείλει να λαμβάνει υπόψη του ότι οι μετανάστες και ακόμα περισσότερο οι πρόσφυγες αποτελούν ευάλωτη πληθυσμική ομάδα για πολλούς λόγους. Μεταξύ των λόγων αυτών είναι η φτώχεια, ανεργία, αστεγία, έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων, άγνοια τοπικής γλώσσας και κουλτούρας, κοινωνικός στιγματισμός, ρατσισμός, διακρίσεις. Να σημειωθεί ότι οι πρόσφυγες από εμπόλεμες περιοχές συχνά έχουν βιώσει ψυχοτραυματικές εμπειρίες και παρουσιάζουν συμπτώματα

---

<sup>71</sup> Psychiatrists are sensitive to and respectful of cultural factors in teaching settings and avoid expression of bias. (WPA, 2020), page 9.

αγχώδους διαταραχής μετά από τραυματικό στρες (post-traumatic stress disorder, PTSD). Όλα αυτά τους καθιστούν ιδιαίτερα ευάλωτους σε ψυχικές διαταραχές, κατάχρηση ουσιών και συμπεριφορικές διαταραχές και η ανάγκη πρόσβασης τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι αυξημένη.

## 2.11 Ο ψυχίατρος στα μήντια

Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να προσφέρει ακριβείς επιστημονικές πληροφορίες στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (RANZCP, 2018). Νοείται ότι η μετάδοση επιστημονικών εξελίξεων θα πρέπει να γίνεται με αντικειμενικό και επιστημονικό τρόπο, χωρίς να προβάλλει μόνο τις δικές του απόψεις όταν υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις πάνω στο υπό συζήτηση θέμα<sup>72</sup> (ΠΙΣ, 2013). Αν συνυπάρχει σύγκρουση συμφερόντων για το γιατρό που ενημερώνει το κοινό για μια νέα θεραπεία, για παράδειγμα οικονομικά συμφέροντα, αυτό θα πρέπει να δηλώνεται.

Με τον τρόπο αυτό ο ψυχίατρος επιτελεί κοινωνικό έργο αφού συμβάλει στην ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού για τη φύση, τις ατομικές και κοινωνικές προεκτάσεις και τη θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών. Η δεοντολογικά σωστή, προσεκτική και επιστημονική παρουσία του ψυχιάτρου στα μήντια συνεισφέρει στη διάλυση των εσφαλμένων αντιλήψεων για τα άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές<sup>73</sup>. (WPA, 2020)

Μιλώντας δημόσια και απευθυνόμενος στο κοινό από τα μέσα ενημέρωσης, ο ψυχίατρος θα πρέπει να παρουσιάζει τις πληροφορίες και να συμπεριφέρεται με τρόπο που να διαφυλάττει την αξιοπρέπεια της ψυχιατρικής ως επάγγελμα. Η αξιοπρέπεια αφορά θεματολογία που σχετίζεται με την ψυχιατρική, με τους ψυχιάτρους και με τους ψυχικά ασθενείς. Κατά την παράθεση επιστημονικών επιχειρημάτων μπορεί να αναφέρεται σε επιστημονικές μελέτες και δημοσιεύσεις για τεκμηρίωση. Η παρουσίαση των πληροφοριών

---

<sup>72</sup> "Ο ιατρός έχει καθήκον να μεταδίδει τις τελευταίες εξελίξεις και προόδους στην ιατρική διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη στο ευρύ κοινό με όλα τα μέσα που έχει στη διάθεση του. Αυτό θα πρέπει να γίνεται με αντικειμενικό τρόπο χωρίς να προβάλλει μόνο τις δικές του θέσεις όταν υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις πάνω στο υπό συζήτηση θέμα. Η φωτογραφία του ή άλλα στοιχεία εκτός από το όνομα, την ειδικότητα και τη θέση που κατέχει δεν πρέπει να συνοδεύουν τέτοιες δηλώσεις. Αυτοί οι περιορισμοί δεν ισχύουν όταν ο ιατρός διαπραγματεύεται θέμα άσχετο με την ιατρική" (ΠΙΣ, 2013), άρθρο 41, σελ. 8.

<sup>73</sup> "Psychiatrists offer accurate information to the media to educate the public about the nature and consequences of psychiatric disorders and their treatment, and to dispel misconceptions about people with psychiatric disorders" (WPA, 2020), page 9.

πρέπει να γίνεται με τρόπο κατανοητό στο ευρύ κοινό και διασφαλίζοντας ότι οι πληροφορίες σχετικά με την έρευνα και τα ευρήματα είναι ακριβή αλλά και τα δικά του συμπεράσματα και οι δηλώσεις του είναι ακριβείς και δεν επιτρέπουν παρερμηνεία και παρεξήγηση<sup>74</sup> (EPA, 2021).

Να σημειωθεί ότι είναι ανήθικο ο ψυχίατρος να εκφέρει ψυχιατρική γνώμη στα μήντια για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία ενός προσώπου της επικαιρότητας πχ πολιτικό ή οποιοδήποτε άλλο δημόσιο πρόσωπο, χωρίς να το έχει εξετάσει<sup>75</sup> (ΠΙΣ, 2005). Νοείται ότι για να τον εξετάσει θα πρέπει να του ζητηθεί από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο και για να μιλήσει δημοσίως περί της διάγνωσης θα πρέπει να έχει τη συγκατάθεση του<sup>76</sup>. (CPI, 2019)

Στην περίπτωση όπου κάποιος συνάδελφος κατηγορείται δημοσίως από ασθενή ή/και από την πολιτεία για παράβαση καθήκοντος ή για ιατρική αμέλεια, η διερεύνηση της οποίας εκκρεμεί, ο ψυχίατρος οφείλει να περιμένει τη διεξαγωγή της έρευνας και να στηρίξει την απόδοση ευθυνών εκεί όπου υπάρχουν. Αν δεν βρεθούν ευθύνες τότε αυτό επίσης πρέπει να ανακοινωθεί δημοσίως ώστε το όνομα και η επαγγελματική υπόσταση του ιατρού να αποκατασταθεί, κατά το δυνατό, στην ιατρική κοινότητα και στο κοινό. Σε τέτοιες μεμονωμένες περιπτώσεις δημόσιας συζήτησης κατηγοριών, θα πρέπει να αποφεύγεται η υπεργενίκευση που οδηγεί σε άδικη στοχοποίηση ολόκληρης της ιατρικής κοινότητας. Όπου υπάρχουν ανεπάρκειες του συστήματος υγείας που συνέβαλλαν στην αρνητική έκβαση του περιστατικού θα πρέπει να εντοπίζονται και να συμπεριλαμβάνονται στη διερεύνηση, αφού η ποιοτική άσκηση της ιατρικής προϋποθέτει ότι ο γιατρός έχει στη διάθεση του τα μέσα για να ασκήσει σωστά την ιατρική.

Ιδιαίτερη προσοχή κατά την παρουσία στα μήντια πρέπει να δίνεται στο ιατρικό απόρρητο και γενικότερα στην προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων των ασθενών όπως

---

<sup>74</sup> "Psychiatrists need to ensure that information on research and findings is accurate, and prevent statements made from misinterpretation." (EPA, 2021), σελ. 4.

<sup>75</sup> " Ο ψυχίατρος δεν πρέπει να κάνει ανακοινώσεις στα ΜΜΕ για την υποτιθέμενη ψυχοπαθολογία οποιουδήποτε ατόμου". (ΠΙΣ, 2005). Άρθρο 28.

<sup>76</sup> " Whereas a psychiatrist may share with the public his or her expertise about psychiatric issues in general, it is unethical for a psychiatrist to offer a professional opinion regarding the mental health of an individual unless he or she has conducted an examination of that individual and has obtained consent for such a statement." (CPI, 2019), σελ. 14.

προβλέπεται από γενικό κανονισμό προστασίας προσωπικών δεδομένων και τις τοπικές νομοθεσίες περί ιατρικού απορρήτου.

Οι αυτοκτονίες αποτελούν θέμα που συχνά απασχολεί τα μέλη και ο ψυχίατρος πρέπει να είναι ενήμερος για το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει την αυτοκτονία και αφορά τόσο τη μνήμη του νεκρού όσο και την οικογένεια του. Ο τρόπος που παρουσιάζεται και αναλύεται το θέμα της αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός και το θέμα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο για το λόγο ότι μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα μιμητισμού. Για το λόγο αυτό ο τρόπος παρουσίασης στα μέλη έχει περιληφθεί και στους κώδικες δημοσιογραφικής δεοντολογίας (ΕΣΚ, 1997) (ΕΔΔ, 2022).

Η παρουσία του ψυχιάτρου στα μέλη αποτελεί πρώτης τάξεως ευκαιρία για αντιμετώπιση του στίγματος που συνοδεύει την ψυχική διαταραχή και τους ψυχικά ασθενείς γιατί ο λόγος του πρέπει να είναι αποστιγματιστικός. Πρέπει να δίνεται προσοχή στον εντοπισμό και αποφυγή νοοτροπιών, στερεοτύπων, προκαταλήψεων και διακρίσεων εις βάρος των ψυχικά ασθενών

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι μιλώντας στα μέλη περί αυτοκτονίας πρέπει να αποφεύγει τη χρήση γλώσσας και εκφράσεων εντυπωσιασμού καθώς και την παρουσίαση της αυτοκτονίας ως φυσιολογικού φαινομένου ή ως δικαιολογημένη γενναία ηρωική πράξη διεξόδου από τα προβλήματα της ζωής (ΕΣΚ, 1997). Αντιθέτως, θα πρέπει η γλώσσα που χρησιμοποιείται στην παρουσίαση της αυτοκτονίας να συμβάλλει αποτρεπτικά, ενημερώνοντας το κοινό για τις αρνητικές συνέπειες μιας αυτοκτονίας όπως ο καταστροφικός αντίκτυπος για τους συγγενείς και τους φίλους, για τους οποίους η αυτοκτονία αποτελεί ψυχοτραυματικό και στιγματιστικό γεγονός που μπορεί να προκαλέσει πένθος, κατάθλιψη, αναπάντητα ερωτήματα, ενοχικά συναισθήματα ότι μπορούσαν να βοηθήσουν και δεν το έκαναν. Οι αυτοκτονίες έχουν μεγάλη αρνητική επίδραση στους ανθρώπους που έχουν υποστεί απώλεια κοντινού προσώπου λόγω αυτοκτονίας οι οποίοι πρέπει να αντιμετωπίζονται διακριτικά και υποστηρικτικά. Θα πρέπει να αποφεύγεται η υπεραπλούστευση των λόγων που οδήγησαν τον αυτόχειρα στην αυτοκτονία και η εστίαση σε έναν μόνο υποτιθέμενο αιτιολογικό παράγοντα όπως ερωτική απογοήτευση, αποτυχία στις εξετάσεις, στρατιωτική θητεία, οικονομική καταστροφή.

Συνήθως η αυτοκτονία οφείλεται σε συνδυασμό πολλών παραγόντων που συνεργούν μεταξύ τους, όπως γενετικά χαρακτηριστικά που προδιαθέτουν άμεσα σε αυτοκτονικότητα ή έμμεσα μέσω κατάθλιψης, ψύχωσης ή παρορμητικότητας ή άλλης ψυχικής διαταραχής όπως διαταραχής χρήσης ουσιών, περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και διαθεσιμότητα πυροβόλων όπλων, έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, καθώς και τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ατόμου που καθορίζουν το κοινωνικό στρες που υφίσταται σε συνδυασμό με το πόσο αποδεκτή είναι η αυτοκτονία στην κοινωνική του ομάδα. Ταυτόχρονα το κοινό θα πρέπει να ενημερώνεται ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες γίνονται σε έδαφος ψυχικής διαταραχής και η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε πρόληψη των περισσότερων αυτοκτονιών.

Η παρουσίαση αυτοκτονιών από τα μέλη της ομάδας μπορεί να επάγει το φαινόμενο του μιμητισμού και να οδηγήσει σε αυτοκτονική συμπεριφορά και άλλους. Το ευάλωτο άτομο με αυτοκτονική προδιάθεση ταυτίζεται με τον ατόμου σε μεγαλύτερο βαθμό όσο περισσότερους κοινούς παράγοντες έχουν μεταξύ τους, και όσο μεγαλύτερη η ταύτιση τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να προβεί σε πράξη μιμητισμού. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος τις πρώτες βδομάδες μετά την παρουσίαση και μετά εξασθενεί, ενώ περισσότερο κινδυνεύουν άτομα με αυτοκτονική προδιάθεση που έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά με τον ατόμου και ειδικότερα ψυχική κατάσταση, ηλικία, φύλο, κοινωνικά χαρακτηριστικά, οικονομική κατάσταση, παρούσες δυσκολίες ζωής και κοινωνικές περιστάσεις, καθώς και πολιτισμικές επιρροές (IASP, 2022) (AFSP, 2022). Δεν πρέπει να αναφέρονται λεπτομέρειες σχετικά με το τρόπο και το χώρο της αυτοκτονίας ή της απόπειρας αυτοκτονίας, ούτε να γίνεται αναλυτική περιγραφή της διαδικασίας και του μέσου που χρησιμοποιήθηκε διότι διευκολύνονται οι πράξεις μιμητισμού. Επιπροσθέτως, όταν ο ατόμου ήταν διάσημος δηλαδή άτομο με μεγάλη δημοφιλία και επιρροή αυξάνεται η πιθανότητα μιμητισμού και αυτοκτονικής συμπεριφοράς από ψυχικά ευάλωτα άτομα στα οποία είχε επιρροή και τα ταυτίζονται μαζί του.

Η επικοινωνιακή διαχείριση κάθε αυτοκτονίας είναι σημαντική διότι αποτελεί ευκαιρία για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με το φαινόμενο της αυτοκτονίας με παροχή πληροφοριών για τις επιπτώσεις σε συγγενείς και φίλους και κυρίως για το πού μπορεί να

στραφεί κανείς έγκαιρα για βοήθεια όταν έχει κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό, πρόθεση ή σχεδιασμό. Με τον τρόπο αυτό προάγεται η δημόσια υγεία αυξάνοντας το βαθμό πρόληψης των αυτοκτονιών.

### **2.12 Ψυχική και σωματική βία κατά τη διάρκεια ανακρίσεων ή βασανιστηρίων**

Ο ψυχίατρος οφείλει να απέχει από καταστάσεις που περιλαμβάνουν σωματική ή ψυχική βία, ανακριτικές διαδικασίες και βασανιστήρια κρατουμένων που μπορεί να συμβαίνουν σε καιρό πολέμου ή σπανιότερα σε καιρό ειρήνης και να μην υποκύπτει στην πίεση να χρησιμοποιήσει την επαγγελματική του πείρα για να διευκολύνει επιβλαβείς δραστηριότητες όπως τα βασανιστήρια.

Επιπροσθέτως έχει υποχρέωση να καταγγέλλει αυτές τις καταστάσεις στο βαθμό που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία του κρατουμένου.

### **2.13 Τηλεψυχιατρική**

Η τηλεψυχιατρική είναι σύγχρονη ψυχιατρική προσέγγιση κατά την οποία ο ψυχίατρος παρέχει από μακριά ψυχιατρικές υπηρεσίες στον ασθενή με τη βοήθεια νέων τεχνολογιών, συνήθως υπολογιστή και ειδικού λογισμικού επικοινωνίας. Η θεραπευτική σχέση που δημιουργείται στην τηλεψυχιατρική είναι οπωσδήποτε διαφορετικής ποιότητας αφού δεν υπάρχει η επικοινωνιακή αμεσότητα που υπάρχει στην πρόσωπο με πρόσωπο θεραπευτική σχέση. Η διαμεσολάβηση του υπολογιστή έχει ως αποτέλεσμα να χάνεται διαγνωστική πληροφορία κατά τη συνέντευξη που ενδεικτικά μπορεί να αφορά τη συναισθηματική κατάσταση και λειτουργία του ασθενούς και τη θεραπευτική παρέμβαση στη διαχείριση συναισθημάτων. Παρόλα αυτά η τηλεψυχιατρική μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της προσβασιμότητας στον ψυχίατρο στην περίπτωση που ο ασθενής ζει σε απομακρυσμένη περιοχή. Κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας COVID-19 η τηλεψυχιατρική βοήθησε στην αυξημένη ανάγκη παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια περίοδο αυξημένης ψυχοπαθολογίας και αδυναμίας για φυσική επαφή γιατρού-ασθενούς λόγω των περιοριστικών μέτρων. Η τηλεψυχιατρική είναι σωστό να αποφεύγεται για την πρώτη συνεδρία με νέα αδιάγνωστα περιστατικά καθώς και για επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά που παρουσιάζουν επιθετικότητα ή αυτοκτονικότητα. Μπορεί όμως με ασφάλεια να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση σταθεροποιημένων ασθενών.

Η τηλεψυχιατρική απαιτεί θεσμικό πλαίσιο και ασφάλεια στις τηλεπικοινωνίες. Λόγω της εξάπλωσης των κοινωνικών δικτύων τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι ασθενείς επιζητούν επικοινωνία με το γιατρό τους μέσω κοινωνικών δικτύων και λογισμικών άμεσης αποστολής μηνυμάτων. Ο ψυχίατρος θα πρέπει να έχει υπόψη του ότι αυτός ο τρόπος επικοινωνίας, πέρα από την αδυναμία ποιοτικής θεραπευτικής σχέσης, δεν μπορεί να εξασφαλίσει την τήρηση της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απορρήτου<sup>77</sup>. (CPI, 2019)

---

<sup>77</sup> “Psychiatrists should exercise caution in the use of social media for clinically related purposes, whether at the request of patients or others. It is important to regard social media contact as fundamentally non-confidential and to consider any information disclosed on that basis.” (CPI, 2019), page 10.

# Κεφάλαιο 3

## Υποχρεώσεις προς τη ψυχιατρική κοινότητα

### 3.1 Υποχρεώσεις προς συναδέλφους

Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση σεβασμού των συναδέλφων, επιστημονικής συνεργασίας και επαγγελματικής αλληλεγγύης, πάντα με γνώμονα το συμφέρον του ψυχικά ασθενούς που θα εξασφαλιστεί καλύτερα όταν η ψυχιατρική κοινότητα λειτουργεί εύρυθμα. Η ιατρική κοινότητα δεσμεύεται από νομοθεσίες και κανονισμούς δεοντολογίας των επιστημονικών και επαγγελματικών εταιρειών και σε κάποιο βαθμό αυτορυθμίζεται.

Στην περίπτωση όπου κάποιος συνάδελφος κατηγορείται δημοσίως από ασθενή ή/και από την πολιτεία για παράβαση καθήκοντος ή για ιατρική αμέλεια, η διερεύνηση της οποίας εκκρεμεί, ο ψυχίατρος οφείλει να περιμένει τη διεξαγωγή της έρευνας και να στηρίξει την απόδοση ευθυνών εκεί όπου υπάρχουν. Αν δεν βρεθούν ευθύνες τότε αυτό επίσης πρέπει να ανακοινωθεί δημοσίως ώστε το όνομα και η επαγγελματική υπόσταση του ιατρού να αποκατασταθεί, κατά το δυνατό, στην ιατρική κοινότητα και στο κοινό. Σε τέτοιες μεμονωμένες περιπτώσεις δημόσιας συζήτησης κατηγοριών, θα πρέπει να αποφεύγεται η υπεργενίκευση που οδηγεί σε άδικη στοχοποίηση ολόκληρης της ιατρικής κοινότητας. Όπου υπάρχουν ανεπάρκειες του συστήματος υγείας που συνέβαλλαν στην αρνητική έκβαση του περιστατικού θα πρέπει να εντοπίζονται και να συμπεριλαμβάνονται στη διερεύνηση, αφού η ποιοτική άσκηση της ιατρικής προϋποθέτει ότι ο γιατρός έχει στη διάθεση του τα μέσα για να ασκήσει σωστά την ιατρική.

Ο σεβασμός των συναδέλφων και η σωστή επαγγελματική συνεργασία είναι απαραίτητες για την άσκηση σωστής ψυχιατρικής προς όφελος του ασθενούς. Είναι συχνό στην ψυχιατρική να υπάρχουν περισσότερες από μια διαθέσιμες θεραπευτικές προσεγγίσεις που είναι επιστημονικά σωστές για τη θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενούς. Η επιλογή γίνεται από το θεράποντα ψυχίατρο μετά από συγκατάθεση του ενημερωμένου και αυτόνομου



ασθενούς. Ακολουθώς ο ψυχίατρος μαζί με τον ασθενή συνδιαμορφώνουν το θεραπευτικό πλάνο, το οποίο ακολουθείται σε βάθος χρόνου<sup>78</sup> (RCPsych, 2016). Δεν είναι ιατρικώς παραγωγικό και ασφαλές να ξεκινάνε παράλληλα διαφορετικές θεραπείες από διαφορετικούς ψυχιάτρους διότι μπορεί να προκύψουν ανεπιθύμητες εκδηλώσεις ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων καθώς και αλληλεπιδράσεις φαρμάκων. Η εξέταση, διάγνωση και θεραπεία ασθενή από άλλο ψυχίατρο χωρίς την έγκριση του θεράποντα θα πρέπει να αποφεύγεται<sup>79</sup>. (ΠΙΣ, 2013)

### **3.2 Υποχρεώσεις για τη διατήρηση και ανάπτυξη του επαγγέλματος**

Οι ιατρικοί σύλλογοι και οι ψυχιατρικές εταιρείες κατά κανόνα αναλαμβάνουν την θέσπιση και τήρηση του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που ρυθμίζει την άσκηση της ψυχιατρικής. Η δυνατότητα μερικής αυτορρύθμισης του επαγγέλματος του ψυχιάτρου αποτελεί και πρέπει να εκλαμβάνεται ως προνόμιο που έχει παραχωρηθεί από την πολιτεία, το οποίο συνεπάγεται την υποχρέωση των ψυχιάτρων να σέβονται και να τηρούν με υπευθυνότητα και προσήλωση τον τοπικό κώδικα ψυχιατρικής δεοντολογίας<sup>80</sup>.

Ο ψυχίατρος έχει, επομένως, υποχρέωση στην προστασία και στην προαγωγή του ψυχιατρικού επαγγέλματος. Αυτό επιτυγχάνεται όταν ο ψυχίατρος αποτελεί πρότυπο ηθικής στην επαγγελματική αλλά και στην προσωπική του ζωή (RANZCP, 2018) καθώς και όταν ασκεί το επάγγελμα του εντός των αποδεκτών προτύπων ψυχιατρικής φροντίδας και πρακτικής (WPA, 2020). Επιπροσθέτως, είναι υποχρέωση του ψυχιάτρου να εργάζεται για τη βελτίωση προτύπων φροντίδας ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής πρακτικής: Ο ψυχίατρος έχει καθήκον να προωθεί τη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος και την προσωπική του επαγγελματική ανάπτυξη (WPA, 2020).

Ο ψυχίατρος οφείλει να εργάζεται με τρόπο που να προάγει τον αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ των συναδέλφων του, των άλλων επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Επιπροσθέτως,

---

<sup>78</sup> "Psychiatrists strive to work collaboratively with patients, respecting the patient's views, beliefs and priorities" (RCPsych, 2016) principle 1.3, σελ. 5.

<sup>79</sup> "Απαγορεύεται οποιαδήποτε ιατρική επίσκεψη σε ασθενή ο οποίος νοσηλεύεται από άλλο ιατρό χωρίς να τον ξέρει ο θεράπων ιατρός ή χωρίς ρητή συγκατάθεση του, εκτός εάν ο ασθενής ή οικείος του δε θέλουν οριστικά τις υπηρεσίες του θεράποντος ιατρού και αποδείξουν ότι έχουν διακανονίσει τις προς αυτόν οικονομικές τους υποχρεώσεις." (ΠΙΣ, 2013). Άρθρο 37, σελ 7.

<sup>80</sup> "Recognize that the self-regulation of the profession is a privilege, and that each physician has a continuing responsibility to merit this privilege." (CMA, 2002), page 11.

ο ψυχίατρος έχει καθήκον να συνεισφέρει στην ηθική διαμόρφωση και προαγωγή του επαγγελματικού περιβάλλοντος, το οποίο πρέπει να είναι διαμορφωμένο με τρόπο που να χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό, χωρίς διακρίσεις, χωρίς εργασιακό εκφοβισμό, και χωρίς σεξουαλικές παρενοχλήσεις. Οφείλει να εκφράζει τις προσωπικές του κρίσεις με τρόπο που να εκπέμπει σεβασμό, χωρίς να αυτο-διαφημίζεται και χωρίς να δυσφημεί τους συναδέλφους του. Ανήθικη η ακατάλληλη/απαράδεκτη συμπεριφορά εκ μέρους του ψυχιάτρου μπορεί να βλάψει τον ίδιο και το επάγγελμα αλλά κυρίως μπορεί να βλάψει τον ασθενή. Όταν υποπίπτει στην αντίληψη του ψυχιάτρου τέτοια συμπεριφορά από συνάδελφο του, έχει υποχρέωση να πάρει πρωτοβουλία και να αναλάβει δράση, με κύριο γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς.

Το επάγγελμα του ψυχιάτρου δεν είναι ανεξάρτητο από την επιστημονική διάσταση της ψυχιατρικής και γενικότερα της ιατρικής επιστήμης. Η ψυχιατρική είναι επαγγελματική πρακτική και ταυτόχρονα επιστημονική πρακτική. Στο πλαίσιο αυτό ο ψυχίατρος οφείλει, εάν αντιληφθεί ότι χρησιμοποιούνται ψυχιατρικές παρεμβάσεις εκτός αποδεκτών προτύπων, να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα. Ειδικότερα, σε τέτοιες περιπτώσεις οφείλει να αναφέρει την κατάσταση σε επαγγελματικές ενώσεις ή άλλες αρμόδιες αρχές όταν είναι απαραίτητο<sup>81</sup>.

Οι ψυχίατροι μεταξύ τους οργανώνονται σε επιστημονικές εταιρείες και διατηρούν συλλογικές επιστημονικές και επαγγελματικές σχέσεις που βασίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ συναδέλφων ψυχιάτρων, αλλά και γενικά στον αμοιβαίο σεβασμό μεταξύ των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, όταν το συλλογικό συμφέρον των ψυχιάτρων συγκρούεται με τα συμφέροντα των ασθενών, τότε ο ψυχίατρος οφείλει, σε κάθε περίπτωση, να δώσει προτεραιότητα στα συμφέροντα των ασθενών.

Πέρα από τις υποχρεώσεις του προς τον ιατρικό σύλλογο και την ψυχιατρική εταιρεία, ο ψυχίατρος οφείλει να συμπεριφέρεται με τρόπο που να ενισχύει την εμπιστοσύνη του

---

<sup>81</sup> "Special mention is made of the impaired physician. Psychiatric colleagues are encouraged to intercede in such situations by encouraging impaired physicians to seek appropriate professional help, or by reporting to the appropriate regulatory body, or both." (CMA, 2002), σελ. 2.

κοινού στο επάγγελμα χτίζοντας σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ της κοινωνίας και της ψυχιατρικής επιστήμης.

Στο πλαίσιο αυτό, ο ψυχίατρος πρέπει να προβάλλει τις απόψεις του με σεβασμό, χωρίς αυτοπροβολή και χωρίς αποδόμηση των άλλων συναδέλφων και χωρίς να αποδομεί το επάγγελμα του ψυχιάτρου. Ανήθικες ή κλινικά ακατάλληλες προσεγγίσεις και από πλευράς του ψυχιάτρου βλάπτουν τον ίδιο, τους ασθενείς και το επάγγελμα του ψυχιάτρου. Ο ψυχίατρος που λαμβάνει γνώση ή έρχεται στην αντίληψη του τέτοια συμπεριφορά οφείλει να αναλαμβάνει δράση, με γνώμονα το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενή. Σε ότι αφορά τη συνεισφορά στη διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος του ψυχιατρικού επαγγέλματος, ο στόχος είναι η διαμόρφωση περιβάλλοντος που να χαρακτηρίζεται από ήθος, αμοιβαίο σεβασμό, χωρίς διακρίσεις, χωρίς σεξουαλικές παρενοχλήσεις και χωρίς εκφοβισμό.

Συνοπτικά, ο ψυχίατρος οφείλει να εργάζεται για την ακεραιότητα του ιατρικού επαγγέλματος σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, ακολουθώντας και προάγοντας τις ηθικές επιλογές στην επαγγελματική αλλά και στην προσωπική του ζωή με τρόπο που αυτό να γίνεται κοινωνικά και δημοσίως αποδεκτό. Η κοινωνική διάσταση της ψυχιατρικής περιλαμβάνει την προαγωγή του αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ συναδέλφων ψυχιάτρων, των άλλων επαγγελματιών υγείας και των ασθενών που γίνονται κοινωνοί της εμπιστοσύνης προς την ψυχιατρική.

### **3.3 Ψυχιατρική Εκπαίδευση**

Στο πλαίσιο των καθηκόντων του ο ψυχίατρος συχνά αναλαμβάνει ρόλο διδασκάλου, εκπαιδευτή και μέντορα. Στις εκπαιδευτικές του δραστηριότητες, ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι οι αρχές της αγαθοπραξίας, του σεβασμού προς τους ασθενείς, της υποχρέωσης για βελτίωσης των προτύπων ψυχιατρικής πρακτικής και της άσκησης της ψυχιατρικής στην υπηρεσία της κοινωνίας είναι αρχές αλληλένδετες. Επιπροσθέτως να αναγνωρίζει και να επικοινωνεί μέσα από τη διδασκαλία του και δημόσια τη σημασία της πρόωξης και εξασφάλισης ισότητας στην πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ψυχιατρικών διαταραχών.

Ο ψυχίατρος λόγω της εκπαίδευσης του κατέχει ειδικές γνώσεις για τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν και καθορίζουν την ψυχική υγεία σε επίπεδο ψυχιατρικής διάγνωσης, θεραπείας, πρόληψης, και έχει υποχρέωση να διαμοιράζεται τις γνώσεις αυτές σε επίπεδο συστημάτων φροντίδας ψυχικής υγείας που περιλαμβάνουν ειδικευόμενους και ειδικούς ψυχιάτρους, άλλες ιατρικές ειδικότητες, άλλα επαγγέλματα ψυχικής υγείας και το ευρύ κοινό. Ο ψυχίατρος οφείλει να εκπληρώνει αυτή την υποχρέωση με επαγγελματισμό, που αντικατοπτρίζει την ιατρικά ενημερωμένη, επιστημονικά τεκμηριωμένη γνώση του τομέα του.

Οι εκπαιδευόμενοι βρίσκονται συχνά σε ευάλωτη θέση λόγω έλλειψης γνώσεων και ανεπάρκεια στο πεδίο ευθύνης τους, η οποία καλύπτεται σταδιακά μέσα από την κλινική εκπαίδευση. Αναγνωρίζοντας την ευάλωτη θέση των φοιτητών και των ειδικευομένων και την εμπιστοσύνη που έχουν στους κλινικούς και θεωρητικούς διδασκάλους τους, ο ψυχίατρος οφείλει να αποφεύγει την εκμετάλλευση των εκπαιδευομένων στους διάφορους εκπαιδευτικούς τους ρόλους. Για παράδειγμα δεν πρέπει να πιστώνεται ο ίδιος τη δουλειά που γίνεται από φοιτητές και ειδικευόμενους, να εξασφαλίζει ισορροπία μεταξύ του δικαιώματος στην εκπαίδευση και της υποχρέωσης τους για εργασία, και να μην καταχράται με κανέναν τρόπο τη σχέση τους με τους φοιτητές και τους ειδικευόμενους.

Στην κλινική εκπαίδευση φοιτητών και ειδικευομένων ψυχιάτρων εμπλέκονται ασθενείς αλλά και συγγενείς και φροντιστές ασθενών προς τους οποίους ο εκπαιδευτής ψυχίατρος οφείλει να δείχνει σεβασμό προστατεύοντας την αξιοπρέπειά τους και την ιδιωτικότητά τους.

Ο ειδικευόμενος ψυχίατρος είναι ταυτόχρονα εκπαιδευόμενος και κλινικός ιατρός που συμμετέχει στη διάγνωση και θεραπευτική φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται πότε θα συμμετέχουν φοιτητές ή ειδικευόμενοι στη θεραπεία τους. Στο πλαίσιο της ενημέρωσης θα πρέπει να γίνεται σαφής διαχωρισμός των καθηκόντων των προπτυχιακών φοιτητών ιατρικής από τους μεταπτυχιακούς ειδικευόμενους ψυχιάτρους που έχουν αυξημένη γνώση, κλινική εμπειρία και αναβαθμισμένο κλινικό ρόλο. Σε ότι αφορά τις επιστημονικές εκπαιδευτικές συναντήσεις, ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να λαμβάνει τη συγκατάθεση των ασθενών πριν τους

παρουσιάσει σε επαγγελματίες που δε συμμετέχουν στη φροντίδα τους ή σε παρουσίαση σε συνέδρια/δημοσιεύσεις με τρόπο που θα τους καθιστούσαν αναγνωρίσιμους στο κοινό αυτό.

Η αποφυγή διακρίσεων από τους εκπαιδευτές προς τους εκπαιδευόμενους πρέπει να εξασφαλίζεται και ο ψυχίατρος οφείλει να δείχνει ευαισθησία και σεβασμό στους πολιτιστικούς παράγοντες στο διδακτικό πλαίσιο και να αποφεύγει εκφράσεις μεροληψίας.

Ο ψυχίατρος εκπαιδευτής οφείλει να έχει επίγνωση της θέσης του ως πρότυπο για τους εκπαιδευόμενους και να διαμορφώνει ανάλογα τη συμπεριφορά του. Όταν εκφράζονται διαφορετικές απόψεις, ο ψυχίατρος οφείλει να μοιράζεται τις απόψεις του με σεβασμό και επαγγελματικό τρόπο. Δεδομένου ότι η ιατρική εκπαίδευση είναι ένα ισχυρό εργαλείο που μεταφέρει μηνύματα και επηρεάζει τους σημερινούς και τους μελλοντικούς γιατρούς και άλλους επαγγελματίες, ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει την πιθανότητα τυχόν συγκρούσεις συμφερόντων να επηρεάσουν διδασκαλία και εκπαίδευσή τους. Αυτές οι συγκρούσεις συμφερόντων κατά το δυνατόν πρέπει να προλαμβάνονται και να αποφεύγονται όταν υπάρχουν πρέπει να δηλώνονται (WPA, 2020).

### **3.4 Ψυχιατρική ειδικότητα και εκπαίδευση στην ψυχιατρική δεοντολογία**

Ο ειδικευόμενος ψυχίατρος είναι πτυχιούχος ιατρός υπό μεταπτυχιακή κλινική και θεωρητική εκπαίδευση στην ειδικότητα της ψυχιατρικής. Ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση στην εκπαίδευση ειδικευομένων ψυχιάτρων αν και εφόσον εργάζεται σε κλινική που παρέχει εκπαίδευση στην ειδικότητα της ψυχιατρικής σε συνεργασία με κάποια ιατρική σχολή. Πρέπει να αναγνωρίζει τους ειδικευόμενους ιατρούς ως συναδέλφους ιατρούς που έχοντας ήδη ολοκληρώσει την ιατρική σχολή δεσμεύονται από τον όρκο του Ιπποκράτη ή/και άλλο αντίστοιχο σύγχρονο κείμενο δεοντολογίας. Ο ειδικευόμενος ιατρός έχει διπλό ρόλο αφού ασκεί κλινικό έργο και παράλληλα εκπαιδύεται στην ειδικότητα της ψυχιατρικής. Κατά το κλινικό έργο δεσμεύεται από τον τοπικό κώδικα δεοντολογίας του οικείου ιατρικού συλλόγου και ψυχιατρικής εταιρείας. Κατά τη φροντίδα ασθενών στο κλινικό πλαίσιο, οφείλει επιπροσθέτως να τους ενημερώνει για την ιδιότητα του ως ιατρός και ειδικευόμενος ψυχίατρος.

Ο ειδικός ψυχίατρος που έχει ρόλο εκπαιδευτή ειδικευομένων ψυχιάτρων πρέπει να αναγνωρίζει τη σημασία της εκπαίδευσης στη βιοηθική και στη δεοντολογία. Κατά την διάρκεια της κλινικής πρακτικής πρέπει να μεταδώσει στους ειδικευόμενους τις γνώσεις και τη σημασία της άσκησης της ψυχιατρικής στο πλαίσιο που ορίζεται από τις βασικές δεοντολογικές αρχές.

Η σημασία της ιατρικής δεοντολογίας αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως παράγοντας ποιότητας και στην προπτυχιακή εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής. Πλέον πολλές ιατρικές σχολές έχουν εντάξει τη βιοηθική και δεοντολογία στον κορμό των μαθημάτων των φοιτητών ιατρικής.

### **3.5 Επιστημονική επάρκεια ψυχιάτρων - δια βίου εκπαίδευση**

Ο ψυχίατρος οφείλει να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες στον τομέα της εκπαίδευσης του και να αναγνωρίζει ότι η ανεπάρκεια γνώσης μπορεί να αποβεί εις βάρος του θεραπευτικού συμφέροντος του ασθενούς<sup>82</sup>. (CPI, 2019)

Ο Ψυχίατρος οφείλει να παρακολουθεί τις επιστημονικές εξελίξεις στο πεδίο της ψυχιατρικής επιστήμης ιδιαίτερα στο βαθμό που αφορούν το κλινικό του πεδίο και να τις ενσωματώνει στην καθημερινή κλινική του πρακτική. Αυτό γίνεται με προσωπική μελέτη, με συμμετοχή σε επιστημονικά συνέδρια και με επιστημονικές συζητήσεις με συναδέλφους. Πολλές επιστημονικές εταιρείες έχουν θεσπίσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης με υποχρέωση συγκέντρωσης εκπαιδευτικών μονάδων σε ετήσια βάση, ενώ σε αρκετές χώρες υπάρχει θεσπισμένη διαδικασία σε επίπεδο επιστημονικής εταιρείας ή σε επίπεδο νομοθεσίας.

### **3.6 Υποχρεώσεις προς την Ψυχιατρική επιστήμη**

Ψυχιατρική ως ιατρική ειδικότητα και ιατρικό λειτούργημα, έχει ανθρωπιστική, κοινωνική, επαγγελματική και επιστημονική διάσταση. Η επιστημονική διάσταση περιλαμβάνει τη διατήρηση και ανάπτυξη της επιστημονικότητας του ψυχιάτρου μέσα από διαρκή μελέτη των νέων επιστημονικών δεδομένων, δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά και

---

<sup>82</sup> “Practising any form of healthcare without proper training and knowledge cannot be justified and failure to maintain one’s skills and knowledge may result in a failure of care and a subsequent charge of clinical negligence.” (CPI, 2019), page 6

παρουσιάσεων σε επιστημονικά συνέδρια. Επίσης περιλαμβάνει τη διάδοση της επιστημονικής γνώσης στην επιστημονική κοινότητα μέσα από συναντήσεις στις επιστημονικές ημερίδες και τη μετάφραση της επιστημονικής γνώσης με τρόπο που να μπορεί να διαδοθεί στους ασθενείς και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Σε ότι αφορά την ερευνητική δραστηριότητα δεν είναι πρακτικά εφικτό όλοι οι κλινικοί ψυχίατροι να εμπλέκονται προσωπικά σε κλινική έρευνα σε όλες τις φάσεις της καριέρας τους, νοείται όμως ότι κάτι τέτοιο θα πρέπει να ενθαρρύνεται στις δομές όπου υπάρχουν κατάλληλες προϋποθέσεις διεξαγωγής έρευνας. Κάθε ερευνητική δραστηριότητα που περιλαμβάνει τη συμμετοχή ασθενών με ψυχική διαταραχή θα πρέπει να γίνεται στην βάση αναλυτικού ερευνητικού πρωτοκόλλου εγκεκριμένου από τη τοπική και την εθνική επιτροπή βιοηθικής.

### **3.7 Ψυχιατρική Έρευνα, ρυθμιστικοί κανόνες**

Ο ψυχίατρος όταν εμπλέκεται σε ερευνητική δραστηριότητα, οφείλει να γνωρίζει και να παραμένει προσκολλημένος στις τοπικές, εθνικές και διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες για την ιατρική έρευνα. Η πρόοδος της ψυχιατρικής επιστήμης, σε ότι αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία, εξαρτάται από την ψυχιατρική έρευνα η οποία ενίοτε απαιτεί τη συμμετοχή ασθενών.

Οι ιατρικές πράξεις που γίνονται κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής έρευνας θεωρούνται ιατρικές πράξεις, κατά συνέπεια διέπονται από την ιατρική δεοντολογία<sup>83</sup> (ΠΙΣ, 2005).

Η ψυχιατρική έρευνα πρέπει να γίνεται σε συμφωνία με τα υψηλότερα αποδεκτά επιστημονικά προτύπων, λαμβάνοντας ενδελεχώς και διεξοδικά υπόψη το σύνολο της διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης και πληροφορίας. Κάθε ερευνητική πρόταση πρέπει να υποβάλλεται προς έγκριση από τις αρμόδιες εξουσιοδοτημένες επιτροπές βιοηθικής.

Ο ψυχίατρος που εμπλέκεται σε ψυχιατρική ερευνητική δραστηριότητα πρέπει να γνωρίζει και να αποδέχεται ότι το συμφέρον των ασθενών που συμμετέχουν είναι πρωταρχικής σημασίας. Κάθε ενδεχόμενος κίνδυνος για την υγεία των συμμετεχόντων πρέπει να τεκμηριωθεί και να περιοριστεί στο ελάχιστο δυνατό. Από κάθε συμμετέχοντα πρέπει να

---

<sup>83</sup> " Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης." (ΠΙΣ, 2005) άρθρο 1, παράγραφος 2.

έχει ληφθεί έγκυρη συγκατάθεση μετά από ενημέρωση. Σε ειδικές περιπτώσεις η συγκατάθεση δύναται να δοθεί από αντιπρόσωπο του ασθενούς, υπό την προϋπόθεση ότι μια τέτοια διευθέτηση έχει την έγκριση της αρμόδιας επιτροπής βιοηθικής. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται όταν η λήψη συγκατάθεσης αφορά ευάλωτους ασθενείς καθώς και όταν υπάρχει σχέση εξάρτησης ή άλλη σύγκρουση συμφερόντων. Όταν πρόκειται για ανήλικους ασθενείς που δεν είναι ώριμοι να πάρουν συγκεκριμένη απόφαση, ο ψυχίατρος οφείλει σε κάθε περίπτωση να τους εμπλέκει στη λήψη της απόφασης στο βαθμό που επιτρέπει η ωριμότητα τους και παράλληλα να αναζητήσει συγκατάθεση από συγγενή, κηδεμόνα, ή άλλο αρμόδιο εξουσιοδοτημένο αντιπρόσωπο. Σε κάθε περίπτωση οι συμμετέχοντες σε ψυχιατρική έρευνα δικαιούνται ανά πάσα στιγμή να αποσύρουν τη συναίνεση τους και να αποχωρήσουν από το ερευνητικό πρωτόκολλο, χωρίς κάτι τέτοιο να επηρεάσει αρνητικά τη συνέχιση της θεραπείας τους.

Σε περίπτωση που ο ερευνητής ψυχίατρος γίνει κάτοχος πληροφορίας που είναι κλινικά χρήσιμη, οφείλει να μεταφέρει την πληροφορία στον θεράποντα ψυχίατρο, αφού πρώτα εξασφαλίσει τη συγκατάθεση του ασθενούς που συμμετέχει στην έρευνα.

Ο ψυχίατρος που συμμετέχει σε ερευνητική δραστηριότητα πρέπει να γνωρίζει ότι κάθε σχετική κλινική πληροφορία που αποκτήθηκε στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας είναι εμπιστευτική και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και να προστατευτεί κατάλληλα για να μη διαρρεύσει. Οι ιατρικές βάσεις δεδομένων μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για το σκοπό για τον οποίο αποκτήθηκαν<sup>84</sup>. (EPA, 2021)

Σε ότι αφορά τη δημοσίευση της επιστημονικής έρευνας, ο ερευνητής ψυχίατρος οφείλει να σεβαστεί την πνευματική ιδιοκτησία και να αποδώσει ευχαριστίες στους συμμετέχοντες συναδέλφους ανάλογα με τη συνεισφορά του καθενός. Ο ερευνητής ψυχίατρος οφείλει να παράσχει διαβεβαιώσεις ότι οι πληροφορίες στο υποβληθέν προς δημοσίευση επιστημονικό περιοδικό είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις, και ότι επιτρέπεται και ενθαρρύνεται μέσω διαφανούς διαδικασίας η επαλήθευση των ευρημάτων. Επίσης ο ερευνητής ψυχίατρος

---

<sup>84</sup> "Researchers must reassure confidentiality of results. This includes securely storing and protecting data from unauthorized personnel in accordance with the General Data Protection Regulation law in Europe. It is also important to keep subjects' data anonymous, ensuring to the best of their ability that subjects cannot be identified" (EPA, 2021), page 4.



πρέπει να δώσει διαβεβαιώσεις ότι το προς δημοσίευση κείμενο των ευρημάτων της έρευνας δεν περιέχει στοιχεία που αποκαλύπτουν την ταυτότητα των συμμετεχόντων ασθενών. Τέλος, ο ερευνητής ψυχίατρος πρέπει να συμπεριλάβει στην παρουσίαση ή/και στη δημοσίευση της έρευνας μια διαφάνεια ή μια παράγραφο κειμένου στην οποία θα δηλώνει ρητώς κάθε σύγκρουση συμφερόντων.

### **3.8 Δεοντολογία ψυχιατρικής έρευνας**

Ο ψυχίατρος οφείλει να αναγνωρίζει ότι όταν αναλαμβάνει ρόλο ερευνητή ή/και συγγραφέα επιστημονικού άρθρου οφείλει να πράττει με σεβασμό στις αρχές της αγαθοπραξίας και της μη-βλάβης, με σεβασμό προς τους ασθενείς και με εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης στην έρευνα και στα ευρήματα αυτής. Επίσης ο ψυχίατρος-ερευνητής οφείλει να αναγνωρίζει ότι ο τελικός σκοπός της ψυχιατρικής έρευνας είναι εφαρμογή της ψυχιατρικής γνώσης στην υπηρεσία της κοινωνίας.

Οι συμμετέχοντες ασθενείς στην έρευνα ή οι εκπρόσωποι τους, όσο και οι υγιείς που συμμετέχουν στην ομάδα ελέγχου, πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για το σκοπό της μελέτης, τη φύση της συμμετοχής τους στη μελέτη, τη σχετική πιθανότητα βλαβών και οφελών και την πηγή χρηματοδότησης της μελέτης<sup>85</sup> (CMA, 2002).

Η ψυχιατρική έρευνα όπως και η έρευνα στην υπόλοιπη ιατρική διέπεται από αυστηρούς κανόνες που καθορίζονται από την επιτροπή δεοντολογίας η οποία αδειοδοτεί τη διεξαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή δεοντολογίας περιλαμβάνει την τοπική επιτροπή έρευνας του νοσοκομείου ή του οργανισμού και την εθνική επιτροπή δεοντολογίας η οποία θα δώσει την τελική έγκριση διεξαγωγής ή όχι της έρευνας μετά από ενδελεχή μελέτη του ερευνητικού πρωτοκόλλου.

Το πρωτόκολλο πρέπει να καθορίζει αναλυτικά τους ηθικούς σκοπούς της έρευνας, τα κοινωνικά ιατρικά προσδοκώμενα οφέλη, τη μεθοδολογία, και τη γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση του αυτόνομου ασθενούς. Σε περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από βαριά ψυχική διαταραχή με επηρεασμένη κριτική ικανότητα σε βαθμό που δεν είναι αυτόνομος να

---

<sup>85</sup> " Inform the potential research subject, or proxy, about the purpose of the study, its source of funding, the nature and relative probability of harms and benefits, and the nature of your participation." (CMA, 2002) page 7

αποφασίσει για τη συμμετοχή του στην έρευνα, τότε τα βιοηθικά κριτήρια της επιτροπής βιοηθικής και δεοντολογίας της έρευνας είναι ιδιαίτερα αυστηρά. Η αυστηρότητα και η δυσκολία διεξαγωγής ψυχιατρικής έρευνας με συμμετέχοντες μη-αυτόνομους ασθενείς είναι μια εξέλιξη που αναπτύχθηκε στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα μαζί με τη ανάπτυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ιδιαίτερα των δικαιωμάτων των ασθενών. Η ιδιαίτερη ευαισθησία της πολιτείας και των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας για αυτή την ιδιαίτερα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα ασθενών ήταν απόρροια των καταχρήσεων και της ανήθικης επιστημονικής έρευνας που έγινε παλιότερα, στην εποχή της ναζιστικής Γερμανίας σε ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και σε άλλες εποχές σε άλλες περιοχές του πλανήτη. Επομένως οι λεπτομερείς και αυστηρές ασφαλιστικές δικλείδες που διέπουν την έρευνα στους βαρέως ψυχικά πάσχοντες είναι απαραίτητες προκειμένου η ψυχιατρική επιστήμη να μπορέσει να προχωρήσει και να βοηθήσει με νέες θεραπείες, χωρίς σε καμία περίπτωση να καταπατηθούν δικαιώματα και να τεθεί σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των ασθενών που συμμετέχουν στην έρευνα.

Ο ψυχίατρος ερευνητής οφείλει να αναγνωρίζει ότι η ψυχιατρική έρευνα και η δημοσίευση των ευρημάτων είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της φροντίδας για τους σημερινούς και τους μελλοντικούς ασθενείς και για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού συνολικά. Ως εκ τούτου, ο ψυχίατρος ερευνητής πρέπει να αναγνωρίζει ότι έχει την υποχρέωση να συμβάλλει στην προώθηση της γνώσης σχετικά με τη φύση των ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων κινδύνου νόσησης, των προστατευτικών παραγόντων, και τη θεραπεία των διαταραχών. Νοείται ότι, παρόλο που δεν ενδιαφέρονται ή δεν είναι σε θέση όλοι οι ψυχίατροι να διεξάγουν ιατρική έρευνα, εντούτοις, όλοι οφείλουν να είναι σε θέση να κατανοούν, να ερμηνεύουν και να εφαρμόζουν τα ερευνητικά ευρήματα, με τρόπο που να συνάδει με την ψυχιατρική ηθική και δεοντολογία.

Πριν από την διεξαγωγή ψυχιατρικής έρευνας, πρέπει να διασφαλιστεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα η οποία περιλαμβάνει τη συμμετοχή ασθενών, διεξάγεται με κατάλληλο τρόπο και πληροί τις βιοηθικές προϋποθέσεις. Για το λόγο αυτό οι ψυχίατροι που συμμετέχουν στην έρευνα οφείλουν να αιτούνται και να λαμβάνουν εκ των προτέρων έγκριση από επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας που είναι ανεξάρτητες από την ερευνητική ομάδα. Σε σπάνιες περιπτώσεις χωρών που δεν έχουν τοπικές ή εθνικές επιτροπές δεοντολογίας της

έρευνας, οι ερευνητές ψυχίατροι οφείλουν να αναζητούν πληροφορίες από κατάλληλες επιστημονικές ερευνητικές και βιοηθικές πηγές και ομάδες άλλων χωρών (WPA, 2020).

Η επιλογή του υπό έρευνα πληθυσμού πρέπει να γίνεται πάντα με έμφαση στη δίκαιη κατανομή των οφελών και των κινδύνων της έρευνας. Το πρωτόκολλο και οι διαδικασίες πρέπει να προστατεύουν τα άτομα από έκθεση σε αδικαιολόγητους και αχρείαστους κινδύνους ή από δυσφορία και σωματικό ή ψυχικό στρες. Η βιοηθική της έρευνας προβλέπει ότι σε κάθε περίπτωση οι κίνδυνοι από την έρευνα πρέπει να είναι ανάλογοι με τα οφέλη που ενδέχεται να προκύψουν από την έρευνα. Η εξασφάλιση αυτών των προϋποθέσεων δεν είναι πάντα εύκολη υπόθεση για αυτό η επιλογή του υπό έρευνα πληθυσμού πρέπει να γίνεται από τους ερευνητές ψυχιάτρους σε συνεργασία και συνεννόηση με την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας της έρευνας, ώστε να είναι σε συμφωνία με τους ισχύοντες τοπικούς κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Η ψυχιατρική έρευνα πρέπει να έχει από την αρχή κατάλληλο ερευνητικό σχεδιασμό ώστε να είναι πιθανό να αποφέρει σημαντικά και χρήσιμα δεδομένα. Ο ερευνητής της ψυχιατρικής επιστήμης οφείλει να αναγνωρίζει ότι η ερευνητική δραστηριότητα που εξαρχής κρίνεται ότι είναι απίθανο να οδηγήσει σε έγκυρα αποτελέσματα είναι εγγενώς ανήθικη. Ο ψυχίατρος-ερευνητής οφείλει να εμπλέκεται μόνο σε όσες ερευνητικές δραστηριότητες εμπίπτουν στο πεδίο των αρμοδιοτήτων και των πόρων του, και να διασφαλίζει ότι το πρωτόκολλο ενσωματώνει τις βιοηθικές αρχές της έρευνας αλλά και ότι υπόλοιπα μέλη της ερευνητικής του ομάδας που εμπλέκονται στην έρευνα είναι κατάλληλα εκπαιδευμένα για τα επί μέρους ερευνητικά καθήκοντά τους. Όταν η έρευνα οδηγήσει σε ευρήματα τα οποία γράφονται και δημοσιεύονται υπό μορφή επιστημονικού άρθρου, ο ψυχίατρος πρέπει να διασφαλίσει ότι οι μέθοδοι και τα αποτελέσματα έχουν περιγραφεί και παρουσιαστεί με ακρίβεια και διαφάνεια προς την ψυχιατρική επιστημονική κοινότητα.

Νοείται ότι η δεοντολογική αρχή της εξασφάλισης συγκατάθεσης μετά από ενδελεχή και ολοκληρωμένη ενημέρωση πριν την ιατρική πράξη ψυχιατρικής αξιολόγησης ή παρέμβασης ισχύει και για τους ασθενείς που συμμετέχουν στην έρευνα καθώς και για τους υγιείς συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου. Η συγκατάθεση έχει μεγαλύτερη ισχύ όταν είναι γραπτή. Ο ψυχίατρος ερευνητής οφείλει να προετοιμάσει κατάλληλες διαδικασίες

συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση και να προβλέψει κάθε πιθανή έκβαση που μπορεί να παρουσιαστεί στην πορεία της έρευνας, στο βαθμό του δυνατού. Σε αυτό το πλαίσιο είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα εγγράφονται εθελοντικά, χωρίς να έχει ασκηθεί αδικαιολόγητη πίεση ή επιρροή από τον θεράποντα ψυχίατρο και με αποκάλυψη οποιασδήποτε ενδεχόμενης σύγκρουσης συμφερόντων. Στην περίπτωση που μη-αυτόνομος ασθενής μπορεί να εξασφαλίσει σημαντικό όφελος στην ψυχική του υγεία από τη συμμετοχή στην μελέτη, θεωρείται ηθικό να δοθεί η συγκατάθεση από νόμιμο αντιπρόσωπο, ενώ ο ψυχίατρος μαζί με το εκτιμώμενο όφελος πρέπει να ζυγίζει και την εκτιμώμενη συναίνεση του ασθενή<sup>86</sup> (CMA, 2002).

Μεταξύ των υποχρεώσεων του ψυχιάτρου ερευνητή είναι και η προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και της ιδιωτικής ζωής των υποκειμένων που συμμετέχουν στην έρευνα. Για την προστασία των συμμετεχόντων ο ψυχίατρος οφείλει να λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα διασφάλισης της ασφάλειας των δεδομένων και αν είναι δυνατόν να διατηρεί τα στοιχεία αναγνώρισης της ταυτότητας ξεχωριστά από τα ερευνητικά δεδομένα, ώστε η βάση δεδομένων εξ αρχής να είναι ανωνυμοποιημένη. Στα δημοσιευμένα επιστημονικά άρθρα η παρουσίαση των αποτελεσμάτων πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε η ταυτότητα των συμμετεχόντων να μην αναφέρεται ρητώς αλλά και να μην "φωτογραφίζεται", ώστε σε κάθε περίπτωση οι συμμετέχοντες να μην είναι αναγνωρίσιμοι από τον αναγνώστη του επιστημονικού άρθρου.

Τα αποτελέσματα και γενικά τα ευρήματα της επιστημονικής έρευνας πρέπει να παρουσιάζονται δίκαια και ισορροπημένα, εφιστώντας την προσοχή της επιστημονικής κοινότητας τόσο στα θετικά όσο και στα αρνητικά αποτελέσματα. Η παρουσίαση πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε η εστίαση του αναγνώστη να γίνεται τόσο στη δυνητική αξία

---

<sup>86</sup> " The ethical principle of justice applies: incapable persons should not be deprived of the potential benefits of participation in research, but neither should they be forced to bear a disproportionate share of the burden and risks of research. Care must be taken that individuals incapable of giving consent are not exploited as subjects. The informed consent of an appropriate substitute decision maker must be obtained, and the subject must also assent when research is conducted with individuals who are under some form of constraint. In the case of persons detained under a mental health act, for example, the need for free and informed consent is especially crucial. " (CMA, 2002) page 6

των ευρημάτων, όσο και στους περιορισμούς των συμπερασμάτων που εξάγονται από τη μεθοδολογία και από τα ευρήματα.

Ο ψυχίατρος κατά το σχεδιασμό και κατά τη συμμετοχή σε ερευνητική δραστηριότητα οφείλει να αποφεύγει κάθε σύγκρουση συμφερόντων και όταν αυτή είναι αναπόφευκτη οφείλει να τη δηλώνει ευθαρσώς, γραπτώς, με σαφήνεια και διαφάνεια. Οι συγκρούσεις συμφερόντων μπορούν να προληφθούν με την αποφυγή σχέσεων που βάζουν σε κίνδυνο την έρευνα και την ακεραιότητα και αξιοπιστία των επιστημονικών δημοσιεύσεων του, αποκαλύπτοντας τις σχέσεις που δυνητικά συνιστούν σύγκρουση συμφερόντων και λαμβάνοντας προληπτικά και κατασταλτικά μέτρα που θα αποτρέψουν τη στρέβλωση των ερευνητικών δεδομένων πριν και κατά τη διάρκεια της στατιστικής επεξεργασίας αλλά και στα στάδια της ερμηνείας των αποτελεσμάτων και της συγγραφής του άρθρου. Ειδικότερα, ο ψυχίατρος οφείλει να έχει επίγνωση ότι οι σχέσεις του με φαρμακευτικές εταιρείες, εταιρείες ιατρικών συσκευών, ψυχομετρικών εργαλείων και άλλους σχετικούς ενδιαφερόμενους οργανισμούς, δυνητικά μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την επαγγελματική ακεραιότητα του σε ότι αφορά τον ερευνητικό σχεδιασμό της μελέτης, τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων και την αναφορά ευρημάτων στα συνέδρια και στις δημοσιεύσεις.

Επιπροσθέτως σε ότι αφορά στις δημοσιεύσεις των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ο ψυχίατρος ερευνητής οφείλει να αποκαλύπτει τις πηγές χρηματοδότησής του και άλλες πιθανές πηγές σύγκρουσης συμφερόντων και δυνητικής μεροληψίας. Σε κάθε παρουσίαση ή δημοσίευση σχετική με τα ευρήματα της έρευνας, ο ψυχίατρος ερευνητής οφείλει να αναφέρει τα άτομα που συνέβαλαν στην πραγματοποίηση της μελέτης και να εξασφαλίσει την αναγνώριση της συνεισφοράς του στις δημοσιεύσεις. Αυτό αφορά τόσο τη σωστή σειρά των συγγραφέων του άρθρου στην αρχή του κειμένου, όσο και την αναφορά στο πεδίο των ευχαριστιών στο τέλος του κειμένου. Σε περίπτωση διαφωνιών μεταξύ των συγγραφέων για τον τρόπο παρουσίασης των ευρημάτων, της σειρά των ονομάτων στο άρθρο ή/και για τη συμμετοχή στην παράγραφο των ευχαριστιών, ο πρωτεύων ερευνητής πρέπει να αποφασίζει αφού πρώτα ακούσει όλους τους συμμετέχοντες και επιδιώκοντας τη συναίνεση των συγγραφέων σχετικά με την παρουσίαση των ευρημάτων και των

ονομάτων. Νοείται ότι κάθε περίπτωση λογοκλοπής είναι αντιδεοντολογική και τα κείμενα πρέπει να ελέγχονται με κατάλληλο λογισμικό πριν τη δημοσίευση<sup>87</sup> (RCPsych, 2016).

### **3.9 Η ευημερία του ψυχιάτρου, ασφάλεια, υπερκόπωση, ποιότητα ζωής**

Ο ψυχίατρος οφείλει να προστατεύει την ψυχική και σωματική του υγεία, όπως και των συναδέλφων του. Η υγεία του ψυχιάτρου είναι σημαντική όχι μόνο για τον ίδιο αλλά και για την ασφάλεια και την ποιότητα υπηρεσιών που απολαμβάνουν οι ασθενείς του. Η άσκηση της ψυχιατρικής είναι επίπονη και ψυχοφθόρα και -όπως και στις άλλες ιατρικές ειδικότητες- ο ψυχίατρος κινδυνεύει από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επαγγελματική εξουθένωση με τη σειρά της αυξάνει την πιθανότητα ιατρικής αμέλειας.

Ο ψυχίατρος οφείλει να προσέχει και να φροντίζει την υγεία και την ευεξία του, αλλά και των συναδέλφων του (RANZCP, 2018). Η ανεπάρκεια στην άσκηση της ψυχιατρικής για λόγους υγείας μπορεί να βλάψει τον ίδιο τον ψυχίατρο, τους ασθενείς του και το επάγγελμα. Όταν υποπέσει την αντίληψη του ψυχιάτρου ανεπάρκεια δική του ή συναδέλφου, σε ότι αφορά την άσκηση της ψυχιατρικής, οφείλει να αναλάβει δράση πάντα με κριτήριο το βέλτιστο θεραπευτικό συμφέρον του ασθενούς<sup>88</sup> (CMA, 2002). Ειδικότερα, ο ψυχίατρος πρέπει ανά πάσα στιγμή να είναι σίγουρος ότι η φυσική και ψυχική του υγεία του επιτρέπει να λειτουργεί επαρκώς. Αν διαπιστώσει ότι ανεπαρκεί, φυσικά ή πνευματικά, οφείλει να ενημερώσει τους συναδέλφους, τον εργοδότη και το αρμόδιο ρυθμιστικό σώμα επ' αυτού. Κατά τη διάρκεια της ανεπάρκειας, οφείλει να κάνει τις απαραίτητες διευθετήσεις που θα υποκαθιστούν και θα εξασφαλίζουν τη φροντίδα των ασθενών του<sup>89</sup> (ΠΙΣ, 2005).

Όταν υποπέσει στην αντίληψη του ψυχιάτρου ανεπάρκεια συναδέλφου, οφείλει καταρχήν να τον στηρίξει και να τον συμβουλευσει να φροντίσει τον εαυτό του και να αναζητήσει θεραπεία, στην βάση της υποχρέωσης και του ενδιαφέροντος για την υγεία και ευεξία των

---

<sup>87</sup> "All forms of plagiarism must be avoided." (RCPsych, 2016) principle 8.6 page 15

<sup>88</sup> "Avoid impugning the reputation of colleagues for personal motives; however, report to the appropriate authority any unprofessional conduct by colleagues, such as incompetence, practising while impaired, abuse of patients, and fraud." (CMA, 2002), page 9.

<sup>89</sup> "Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου." (ΠΙΣ, 2005) άρθρο 2 παράγραφος 6.

συναδέλφων αλλά και της εξασφάλισης του θεραπευτικού συμφέροντος του ασθενούς. Ο ψυχίατρος οφείλει να φροντίσει τον ασθενή συνάδελφο όπως θα έκανε με ένα μέλος της οικογένειας του<sup>90</sup> σύμφωνα με τη διακήρυξη της Γενεύης που θεωρείται σύγχρονη μορφή του Ιπποκρατικού όρκου (WMA, Declaration of Geneva, the modern Hippocratic Oath. World Medical Association., 1964). Πέρα από αυτό, ο ψυχίατρος είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει το αρμόδιο ρυθμιστικό σώμα αν έχει πλέον σχηματίσει ορθολογική, τεκμηριωμένη γνώμη ότι η συμπεριφορά άλλου συναδέλφου βάζει σε κίνδυνο ή έχει βάλει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία ή έχει προκληθεί ήδη κάποια υγειονομική βλάβη, λόγω της ανεπάρκειας του συγκεκριμένου ψυχιάτρου ή λόγω της απομάκρυνσης του από την ψυχιατρική δεοντολογία.

Οι ψυχίατροι που επιβλέπουν τους ειδικευόμενους ψυχιάτρους, πρέπει να προσδιορίζουν και να ξεκαθαρίζουν τον εποπτικό τους ρόλο, να λειτουργούν καθαρά εποπτικά και να ξεκαθαρίζουν ότι δεν έχουν θεραπευτικό ρόλο αλλά μπορεί να βοηθήσουν αν χρειαστεί παραπέμποντας καταλλήλως τον ασθενή σε άλλον επαγγελματία.

Σε επίπεδο ιατρείου και σε επίπεδο νοσοκομείου, ο ψυχίατρος έχει υποχρέωση να διαμορφώνει επαγγελματικό περιβάλλον χωρίς διακρίσεις, εκφοβισμό (bullying) και σεξουαλική παρενόχληση και συνεχώς να μεριμνεί για τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας του ιδίου, συναδέλφου ή ειδικευόμενου, στο βαθμό που αυτά σχετίζονται με επαγγελματική δυσλειτουργία και όχι μόνο. Αν ο ψυχίατρος έχει σχέση εξουσίας με τον πάσχοντα συνάδελφο πχ προϊστάμενος, ή μέντορας ειδικευόμενου, δε πρέπει να αναλαμβάνει και θεραπευτικό προς αυτόν ρόλο, λόγω ανισορροπίας ισχύος, αλλά πρέπει να τον παραπέμπει σε άλλον ψυχίατρο. Σε κάθε περίπτωση ο ψυχίατρος πρέπει να παραπέμπει τον πάσχοντα συνάδελφο και να μην αναλαμβάνει ο ίδιος το ρόλο του θεραπευτή, εκτός έλθει με παραπομπή προς αυτόν<sup>91</sup> (RCPsych, 2016).

Ειδικά στην περίπτωση που επηρεάζεται η επαγγελματική λειτουργικότητα με αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς, τότε στο πλαίσιο της αγαθοπρακτικής υποχρέωσης προς τους

---

<sup>90</sup> " My colleagues will be my brothers and sisters" (WMA, Declaration of Geneva, the modern Hippocratic Oath. World Medical Association., 1964)

<sup>91</sup> "This action may include facilitation of an appropriate referral, but should not include the provision of treatment unless the individual is referred as a patient." (RCPsych, 2016) principle 10.4, page 10.

πάσχοντες, ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώσει το ρυθμιστικό σώμα, πχ ψυχιατρική εταιρεία, ιατρικός σύλλογος.



# Επίλογος

Η παρούσα ανασκόπηση των σημαντικών κωδίκων ψυχιατρικής δεοντολογίας γράφτηκε με σκοπό να συγκρίνει να συνοψίσει και να παρουσιάσει τα σημαντικότερα θέματα δεοντολογίας που απασχολούν διεθνώς την ψυχιατρική κοινότητα και περιλαμβάνονται στους τρέχοντες διεθνώς αποδεκτούς κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας. Γίνεται φανερό ότι τόσο τα βιοηθικά διλήμματα όσο και οι προτεινόμενες λύσεις από τους κώδικες δεοντολογίας των ψυχιατρικών εταιρειών παρουσιάζουν οικουμενικότητα.

Ειδικότερα, διεθνώς οι τέσσερις βασικές αρχές της ψυχιατρικής δεοντολογίας, όπως και της ιατρικής δεοντολογίας εξάλλου, είναι η αγαθοπραξία, η μη-βλάβη, η αυτονομία και η δικαιοσύνη. Αυτό είναι σε κάποιο βαθμό αναμενόμενο, αφού η ψυχιατρική δεοντολογία αποτελεί μέρος της ιατρικής δεοντολογίας, με προσθήκες και τροποποιήσεις που αφορούν ειδικά την άσκηση της ψυχιατρικής και οδηγεί στην αισιόδοξη εκτίμηση ότι οι ηθικές αρχές που διέπουν την άσκηση της ψυχιατρικής χαρακτηρίζονται, σε άλλοτε άλλο βαθμό, από καθολικότητα και παγκοσμιότητα. Οι σύγχρονοι κώδικες δεοντολογίας δίνουν αυξημένη σημασία στην προάσπιση της αυτονομίας του ασθενούς, συγκριτικά με την ιπποκρατική δεοντολογία που είναι περισσότερο εστιασμένη στην αγαθοπραξία. Παρόλα αυτά, είναι κοινή παραδοχή στους κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας ότι ο κύριος ρόλος του ψυχιάτρου είναι η εξασφάλιση του θεραπευτικού συμφέροντος του ασθενούς, πράγμα που επιτρέπει στις περιπτώσεις σύγκρουσης μεταξύ αγαθοπραξίας και αυτονομίας να δίνεται προτεραιότητα στην αγαθοπραξία, ειδικά στις επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις.

Πέρα από τις τέσσερις βασικές αρχές, υπάρχουν σημαντικά θέματα δεοντολογίας που απασχολούν την παγκόσμια ψυχιατρική κοινότητα και στα οποία διαπιστώθηκε ότι δίνεται έμφαση σε όλους σχεδόν τους κώδικες. Αυτά είναι η εμπιστευτικότητα και οι περιπτώσεις άρσης του ψυχιατρικού απορρήτου, τα όρια της θεραπευτικής σχέσης, η εγκυρότητα της συγκατάθεσης, η σύγκρουση συμφερόντων, το κοινωνικό στίγμα του ψυχικά πάσχοντα, οι υποχρεώσεις του ψυχιάτρου προς την ψυχιατρική κοινότητα, η κοινωνική διάσταση της

ψυχιατρικής, ο ρόλος του ψυχιάτρου στη δημόσια υγεία, η δεοντολογία της ψυχιατρικής εκπαίδευσης, η διαπολιτισμική ψυχιατρική και η αποφυγή διακρίσεων στην ψυχιατρική στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες των μειονοτήτων και των αιτητών ασύλου.

Σύγχρονα βιοηθικά διλήμματα περιλαμβάνονται σε άλλοτε άλλο βαθμό στους κώδικες δεοντολογίας και φαίνεται ότι θα απασχολήσουν ολοένα και περισσότερο τα επόμενα χρόνια τις ψυχιατρικές εταιρίες παγκοσμίως. Τα κυριότερα είναι η ευθανασία, η υποβοηθούμενη αυτοκτονία, οι υποχρεωτικές νοσηλείες και η υποχρεωτική θεραπεία στην κοινότητα, η δεοντολογία στις επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις, η δικαστική ψυχιατρική και η ψυχιατρική στην κοινότητα των φυλακών, ο ρόλος του ψυχιάτρου στα παραδοσιακά μίντια και στα σύγχρονα κοινωνικά δίκτυα (social media), η δεοντολογία που διέπει την άσκηση της τηλεψυχιατρικής, η αντιμετώπιση του στίγματος και της ιδιαιτερότητας της κοινότητας των ΛΟΑΤΚΙ,

Οι κώδικες δεοντολογίας δεν είναι στατικοί αλλά είναι δυναμικοί, ζωντανοί οργανισμοί που εξελίσσονται μαζί με τις ανθρώπινες κοινωνίες, τις επιστημονικές εξελίξεις και τον πολιτισμό. Νοείται, εξάλλου, ότι σε κάθε εποχή οι κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα γνώση και επιστημονική κατανόηση και αναμένεται η συνεχής αναθεώρηση τους καθώς αυξάνονται οι γνώσεις για την ψυχική υγεία, τις ψυχιατρικές διαταραχές και η φύση της αναγκαίας ψυχιατρικής φροντίδας. Οι κώδικες δεοντολογίας πρέπει με κάθε αναθεώρηση να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες της κάθε εποχής και να συμπεριλαμβάνουν τα επίκαιρα βιοηθικά διλήμματα, ώστε η ψυχιατρική να προσαρμόζεται και να συμβάλει όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών σε κάθε εποχή. Σκοπός των κανόνων δεοντολογίας είναι να καθοδηγούν την ψυχιατρική πρακτική, προσφέροντας μια ολοκληρωμένη βιοηθική προσέγγιση που να συμπεριλαμβάνει και τις σύγχρονες βιοηθικές προκλήσεις, με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπος ο ψυχίατρος κατά την άσκηση του λειτουργήματος της ψυχιατρικής στην καθημερινή κλινική πράξη, μέσα στο συγκεκριμένο ιστορικό κοινωνικό πλαίσιο. Η ψυχιατρική όπως και κάθε ιατρική επιστήμη, πρέπει πάντα να είναι στην υπηρεσία του ψυχικά ασθενή και της κοινωνίας και όχι να εκτρέπεται προς άλλες κατευθύνσεις.

Οι κώδικες ψυχιατρικής δεοντολογίας πραγματεύονται τη συμπεριφορά του ψυχιάτρου στον επαγγελματικό του ρόλο και όχι στο ρόλο του ως πολίτη και αναγνωρίζουν ότι τα όρια μεταξύ αυτών των ρόλων είναι συχνά δυσδιάκριτα και ενίοτε αναπόφευκτα προκύπτουν συγκρούσεις συμφερόντων.

Η ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που απολαμβάνει ο ψυχικά ασθενής σπάνια είναι υψηλή με εξαίρεση τις ανεπτυγμένες χώρες, λόγω ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές, αφού κατά κανόνα τα συστήματα υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν αποτελούν προτεραιότητα για κρατική χρηματοδότηση. Αυτό κάνει την εκπαίδευση περί ψυχιατρικής ηθικής και δεοντολογίας ιδιαίτερα σημαντική αφού αποτελεί παράγοντα που μπορεί να αυξήσει την ποιότητα της ψυχιατρικής με τους υπάρχοντες διαθέσιμους ψυχιατρικούς πόρους. Η εκπαίδευση θα πρέπει να ξεκινά ως θεωρητική από το προπτυχιακό επίπεδο, να επεκτείνεται στο κλινικό επίπεδο και να εξετάζεται ρητά κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής ειδικότητας και να συνεχίζεται ως δια βίου εκπαίδευση καθ'όλη τη διάρκεια της άσκησης της ψυχιατρικής από τον κλινικό ψυχίατρο, όπως έχει εξάλλου είναι και η πρόσφατη εισήγηση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας<sup>92</sup>.

Παρά την τεράστια χρησιμότητα της ύπαρξης και εφαρμογής των κωδίκων ψυχιατρικής δεοντολογίας, στην καθημερινότητα της άσκησης της ψυχιατρικής στο νοσοκομείο ή στο εξωτερικό ιατρείο, κανένας κώδικας από μόνος του δεν επαρκεί για να καθοδηγήσει την ηθική κλινική πρακτική. Συγκρούσεις βιοηθικών αρχών και πολύπλοκα βιοηθικά διλήμματα προκύπτουν καθημερινά κατά τη διαχείριση σύνθετων ψυχιατρικών περιστατικών και βαρέως πασχόντων ψυχικά ασθενών. Ο ψυχίατρος πρέπει μέσα από τη γνώση, τη συνεργασία και την εμπειρία, να αναπτύσσει διαρκώς την ικανότητα του να εντοπίζει τα ηθικά διλήμματα και να αναζητά τρόπους βέλτιστης διαχείρισης τους με βασικό γνώμονα το θεραπευτικό συμφέρον του ψυχικά πάσχοντα.

---

<sup>92</sup> Ανάγκη για εκπαίδευση στην ηθική και στη δεοντολογία από το προπτυχιακό επίπεδο μέχρι και δια βίου εκπαίδευση, (WPA, 2020), page 2.

# Βιβλιογραφία

- AFSP. (2022). *Reporting on Suicide. American Foundation for Suicide Prevention*. Ανάκτηση από <https://reportingonsuicide.org/about/>
- APA. (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
- CMA. (2002). *Canadian Medical Association and the Canadian Psychiatric Association's Standing Committee on Professional Standards and Practice, Code of Ethics Annotated for Psychiatrists*.
- court. (1948). *The Nurenberg Code 1948*. Ανάκτηση από [https://research.unc.edu/human-research-ethics/resources/ccm3\\_019064/](https://research.unc.edu/human-research-ethics/resources/ccm3_019064/)
- CPI. (2019, 04 12). *Professional Ethics for Psychiatrists*. College of Psychiatrists of Ireland, Human Rights and Ethics Committee. Ανάκτηση από <https://www.irishpsychiatry.ie/wp-content/uploads/2019/05/CPsychI-HRE-Professional-Ethics-for-Psychiatrists-FINAL.pdf>
- CyLaw. (2016). *Ο περί Θεραπείας Κατηγορούμενων Χρηστών ή Ουσιοεξαρτημένων Νόμος του 2016 (41(I)/2016)*. Κύπρος. Ανάκτηση από [http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2016\\_1\\_41/full.html](http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2016_1_41/full.html)
- EPA. (2021). *European Psychiatric Association (EPA) Committee on Ethical Issues, Code of Ethics*.
- Frazer. (2009, June). *Mental health in prisons: great difficulties but are there opportunities?* *Public Health*, 123(6), 410-414. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.04.005>
- Guina. (2022). *A 20-year follow-up survey of police officers' experience with Tarasoff warnings: How law enforcement reacts to clinicians' duty to protect*. *Behavioral Sciences and the Law*. doi:<https://doi.org/10.1002/bsl.2564>
- IASP. (2022). *Suicide and the media. International Association for Suicide Prevention*. Ανάκτηση από <https://www.iasp.info/suicide-and-the-media/>
- Izaak L, K. F. (2022). *The 30th anniversary of the code of ethics of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists—a worthy milestone*. *Australasian Psychiatry*.
- Johnson. (2019). *The Tarasoff Rule: The Implications of Interstate Variation and Gaps in Professional Training*. *Forensic Psychiatry: Focus on Malpractice and Risk Management*. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*. 17(4), 435-442.
- Prost. (2022). *Confidentiality and Privilege*. In: Pasha, A.S. (eds) *Laws of Medicine*. Springer, Cham. doi:[https://doi.org/10.1007/978-3-031-08162-0\\_29](https://doi.org/10.1007/978-3-031-08162-0_29)

- RANZCP. (2018). Code of Ethics The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Ανάκτηση November 25, 2022, από [https://www.ranzcp.org/files/about\\_us/code-of-ethics.aspx](https://www.ranzcp.org/files/about_us/code-of-ethics.aspx)
- RCPsych. (2016). Royal College of Psychiatrists. Good Psychiatric Practice. Code of Ethics. College Report CR186.
- WHO. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). Ανάκτηση από <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
- WHO. (2007). *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*.
- WMA. (1964). Declaration of Geneva, the modern Hippocratic Oath. World Medical Association. Ανάκτηση από <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-geneva/>
- WMA. (1964). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*, World Medical Association. Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- WPA. (2020). *Standing Committee on Ethics and Review, World Psychiatric Association, Code of Ethics*. Ανάκτηση November 25, 2022, από [https://www.wpanet.org/\\_files/ugd/842ec8\\_1d812c6b8a4f4d24878ee1db8a6376f6.pdf](https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_1d812c6b8a4f4d24878ee1db8a6376f6.pdf)
- Αλεβιζόπουλος. (2015). *Δικανική Ψυχιατρική. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου*.
- ΕΔΔ. (2022). *Κώδικας Δημοσιογραφικής Δεοντολογίας. Επιτροπή Δημοσιογραφικής Δεοντολογίας*. Λευκωσία, Κύπρος.
- ΕΚΠΑ. (2022). *Όρκος Ιπποκράτους, Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών (ΕΚΠΑ), Ιατρική Σχολή Αθηνών*. Ανάκτηση από <https://school.med.uoa.gr/tmima/orkoi/>
- ΕΣΚ. (1997). *Κώδικας Δημοσιογραφικής Δεοντολογίας. Ένωση Συντακτών Κύπρου*. Ανάκτηση από <https://www.copa.com.cy/wp-content/uploads/2017/08/ΚΩΔΙΚΑΣ-ΔΗΜΟΣΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ-ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.pdf>
- ΟΗΕ. (1948). Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών, 1948. Ανάκτηση από <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/greek-ellinika?LangID=grk>
- ΠΙΣ. (2013). Ο περί ιατρών (σύλλογοι, πειθαρχία και ταμείον συντάξεων) νόμος (νόμοι του 1967 και του 1970). Κανονισμοί Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας. Παγκύπριος Ιατρικός Σύλλογος. Ανάκτηση από [http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/1967\\_1\\_16/full.html](http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/1967_1_16/full.html)
- ΠΙΣ. (2005). *Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Νόμος υπ' αριθμό 3418/2005 [ΦΕΚ Α' 287]*. Ανάκτηση από <https://pis.gr/100942/ιατρικη-δεοντολογια-ν-3418-2005-φεκ-287α/>

Πρωτοπαπαδάκης. (2008). Ενεργητική και Παθητική Ευθανασία: Υπάρχει Ηθική Διαφοροποίηση;. *Φιλοσοφία και Παιδεία.*, 23-6.

Χωριανοπούλου. (2018). *Βιοηθική και Δικαιώματα. Εκδόσεις Παπαζήση.*