

Δεοντολογία και Ψυχιατρική πράξη

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΙΚΛΑΦΙΔΟΥ*, ΔΟΜΝΑ ΖΕΛΕΝΗ*, ΜΙΛΤΟΣ ΛΕΙΒΑΔΙΤΗΣ**

Περίληψη

Στο πλαίσιο της άσκησης της Ψυχιατρικής υπάρχουν τρία διαφορετικά επίπεδα-κριτήρια δεοντολογικών δεσμεύσεων:

α) Οι νομικοί κανόνες οι οποίοι συνήθως προσδιορίζουν το ελάχιστο που απαιτείται να πράττει ή να μην πράττει ο θεραπευτής, ώστε να μην έχει δυσμενείς νομικές συνέπειες: Αστικές (π.χ. αποζημίωση), πειθαρχικές ή ποινικές.

β) Οι επιστημονικές γνώσεις και οι κανόνες επιστημονικά σωστής άσκησης του ψυχιατρικού επαγγέλματος που απορρέουν από αυτές τις γνώσεις.

γ) Οι ηθικές αξίες, οι οποίες καθοδηγούν το θεραπευτή στο να επιλέγει τι θα πράξει εντός των ορίων των νομικών κανόνων.

Οι νομικοί κανόνες περιέχονται κυρίως στους Κώδικες Αστικού Δικαίου, Ποινικού Δικαίου και Ιατρικής Δεοντολογίας. Ο επιστημονικά αποδεκτός τρόπος άσκησης της Ψυχιατρικής περιέχεται κυρίως σε αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα συγγράμματα, εγχειρίδια, άρθρα. Η απόκλιση σε αυτό το επίπεδο είναι αποδεκτή μόνο αν ο θεραπευτής μπορεί να τη δικαιολογήσει πειστικά. Οι ηθικές αποφάσεις εντός των πλαισίων του νόμου, συνιστούν προσωπική επιλογή. Όμως υπάρχουν ευρέως αποδεκτές αξίες όπως: Η μεγιστοποίηση του οφέλους για τον θεραπευόμενο, η αποφυγή βλάβης του, ο σεβασμός της αυτονομίας του, η δίκαιη μεταχείριση.

Τα συχνότερα ανακύπτοντα προβλήματα δεοντολογίας, στο πλαίσιο της άσκησης της Ψυχιατρικής έχουν σχέση με: α) Την επιλογή της θεραπείας, κυρίως όσον αφορά στην ακούσια νοσηλεία β) Το δικαίωμα του ασθενούς να λαμβάνει πληροφόρηση για την κατάστα-

σή του και της δυνατότητας νοσηλείας του, να παρέχει τη συγκατάθεση του και να αντιμετωπίζει με το δέοντα σεβασμό, γ) Τη σχέση εχεμύθειας και το ιατρικό απόρρητο δ) Την προσωπική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου, ιδίως όσον αφορά φαινόμενα παράνομης οικονομικής συναλλαγής ή σεξουαλικής κατάχρησης ε) Τις συναλλαγές ιατρών με τρίτους εμπλεκόμενους π.χ. φαρμακευτικές εταιρίες στ) Τα κριτήρια επαγγελματικής επάρκειας.

Ενίοτε δημιουργούνται ηθικά διλήμματα (π.χ. σύγκρουση μεταξύ αξιών ή μεταξύ αξιών και συμφερόντων). Αρκετές φορές τα διλήμματα αυτά συνδέονται με πολιτισμικές ή δεοντολογικές ιδιαιτερότητες θεραπευτή ή και θεραπευόμενου.

Η ικανοποιητική επίλυση των διλημάτων συχνά απαιτεί ακεραιότητα αυξημένη αυτοεπίγνωση, γνώση των κανόνων δεοντολογίας, επιστημονική επάρκεια, μηδενική ανοχή στις διακρίσεις, πολιτισμικές δεξιότητες και ευαισθησία του θεραπευτή.

Λέξεις κλειδιά: Δεοντολογία και Ψυχιατρική πράξη, εμπιστευτικότητα, ακούσια νοσηλεία, συγκατάθεση ύστερα από ενημέρωση, ασύμμετρες σχέσεις, αυτονομία του ασθενούς.

Εισαγωγή

Στο πλαίσιο της άσκησης της Ψυχιατρικής από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (π.χ. από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές) υπάρχουν διάφορα επίπεδα δεοντολογικών δεσμεύσεων.

Α) Σε κάθε χώρα υφίσταται ένα πλέγμα νομικών κανόνων, δηλαδή κανόνων των οποίων η τήρηση είναι υποχρεωτική. Η παράβαση αυτών των κανόνων μπορεί να έχει διάφορες δυσμενείς επιπτώσεις για τους παραβάτες όπως: 1) αποζημίωση προς όσους υπέστησαν κάποια ζημιά εξαιτίας μιας παράνομης πράξης 2) πειθαρχικές κυρώσεις 3) ποινές. Πολλοί από τους νομικούς κανόνες που ισχύουν στην Ελλάδα και αφορούν άμεσα ή έμμεσα την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών,

*Ψυχολόγος, Φοιτήτρια Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

**Καθηγητής Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην Κοινωνική Ψυχιατρική, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

βρίσκονται συγκεντρωμένοι σε κώδικες όπως: ο Αστικός Κώδικας, ο Ποινικός Κώδικας, ο Δημόσιουπαλληλικός Κώδικας, ο Κώδικας Ιατρικής δεοντολογίας.

Β) Οι ηθικές πεποιθήσεις και αξίες τις οποίες ενστερνίζεται ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Οι αξίες αυτές αποτελούν υποκειμενικές επιλογές οι οποίες πρέπει να βρίσκονται εντός των ορίων των νομικών ρυθμίσεων. Η μη συμμόρφωση προς ηθικές αξίες δεν συνεπάγεται μεν νομικές κυρώσεις μπορεί όμως να συνεπάγεται κοινωνική μομφή αλλά και αυτομομφή για τον παραβάτη.

Γ) Τα κοινωνικά ήθη, δηλαδή οι επικρατούσες κοινωνικές ή κοινοτικές αξίες και συνήθειες που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ ανθρώπων ή τους αποδεκτούς τρόπους αντιμετώπισης ζητημάτων ή διαχείρισης προβλημάτων, ιδίως στον τομέα της ψυχικής υγείας. Όταν υπάρχει διάσταση μεταξύ νομικών κανόνων και ηθών οι νομικοί κανόνες υπερισχύουν. Εντούτοις οι νομικοί κανόνες αρκετές φορές επικαλούνται τα ισχύοντα π.χ. τα συναλλακτικά ήθη (και τα δικαστήρια τα λαμβάνουν υπόψη) προκειμένου να προσδιοριστούν αδρά οι νόμιμοι τρόποι εκπλήρωσης μίας νομικής υποχρέωσης.

Δ) Οι διεθνείς διακηρύξεις τις οποίες έχει υπογράψει η Ελλάδα, όπως η διακήρυξη του ΟΗΕ το 1991, ή η Διακήρυξη της Μαδρίτης το 1996 είναι σχετικές με την προστασία των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και με τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επίσης, οι γενικές αρχές που διέπουν την παροχή υπηρεσιών υγείας στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Οι αρχές αυτές, στις σύγχρονες ανεπτυγμένες κοινωνίες εκφράζουν την Ιπποκράτεια θεώρηση της Ιατρικής και συνοψίζονται στις ακόλουθες υποχρεώσεις του παρόχου υπηρεσιών υγείας [1]:

1) Αυτονομία: Σεβασμός της προσωπικότητας της ελευθερίας και του αυτοπροσδιορισμού του δέκτη των υπηρεσιών.

2) Πρόκληση οφέλους : Παροχή υπηρεσιών με στόχο το όφελος του δέκτη (π.χ. τη θεραπεία).

3) Αποφυγή πρόκλησης βλάβης.

4) Δικαιοσύνη. Στην εποχή μας η αρχή αυτή εκφράζεται κυρίως ως μηδενική ανοχή σε διακρίσεις κατά την παροχή υπηρεσιών (π.χ. με κριτήρια φυλετικά, πολιτισμικά, ιδεολογικά) [2].

Ε.) Οι επιστημονικές γνώσεις και οι κανόνες άσκησης του θεραπευτικού έργου που προκύπτουν από τις γνώσεις αυτές. Το κριτήριο αυτό συνδέεται με τους νομικούς κανόνες κυρίως όσον αφορά περιστατικά πλημμελούς άσκησης επαγγελματικών δραστηριοτή-

των που οφείλεται σε αμέλεια. Μια από τις συχνές καταστάσεις που οδηγούν στην απόδοση αμέλειας είναι η σαφής υστέρηση των ειδικών γνώσεων ή των δεξιοτήτων ενός κατηγορουμένου από τις γνώσεις και τις δεξιότητες του μέσου επαγγελματία που έχει την ίδια εκπαίδευση και εμπειρία με τον κατηγορούμενο [3].

Αρκετές φορές, ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας κατά την άσκηση των δραστηριοτήτων του αντιμετωπίζει ηθικά διλήμματα. Συχνά πρόκειται για καταστάσεις στις οποίες το ισχύον σύστημα κανόνων δεν επιβάλλει σαφώς κάποιο τρόπο ενέργειας και ο θεραπευτής οφείλει να επιλέξει μεταξύ λύσεων καθεμία από τις οποίες έχει και θετικές επιθυμητές και αρνητικές ή ανεπιθύμητες συνέπειες, έτσι ώστε η υποχρέωση επιλογής δημιουργεί εσωτερική σύγκρουση και αναστάτωση. Κάθε πρόβλημα που δημιουργεί διλήμματα έχει τις δικές του ιδιαιτερότητες, όμως υπάρχουν κάποιοι κανόνες που βοηθούν τον θεραπευτή να επιλέξει κάποια λύση [4].

α) Συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την προς επίλυση κατάσταση. Οι πληροφορίες αυτές μπορεί να αφορούν σε γεγονότα (π.χ. κλινικό ιστορικό, οικογενειακές ή κοινωνικές σχέσεις), σε γνώσεις (π.χ. επιδημιολογικά δεδομένα για τις πιθανότητες έκβασης μιας κατάστασης, τρόποι θεραπείας μιας διαταραχής), σε δυνατότητες παρέμβασης (π.χ. αναζήτηση διαθέσιμων υποστηρικτικών συστημάτων στο περιβάλλον του ασθενούς ή στην κοινότητα).

β) Προσδιορισμός των κρίσιμων διαστάσεων του προβλήματος. Ποια ακριβώς δικαιώματα, συμφέροντα ή αξίες αντιπαρατίθενται; Ποια από αυτά είναι πρωτεύοντα και ποια δευτερεύοντα;

γ) Συγκέντρωση πληροφοριών για τις νομικές διαστάσεις του προβλήματος (π.χ. αναζήτηση συμβουλής από ένα νομικό). Όπως αναφέρθηκε ήδη, στο σύγχρονο κόσμο οι νομικές ρυθμίσεις και οι απορρέουσες από αυτές νομικές υποχρεώσεις υπερέχουν των υποκειμενικών ηθικών αξιών ή των κοινωνικών συνηθειών. Μερικές φορές ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας αντιλαμβάνεται μια κατάσταση ως διλημματική επειδή δεν γνωρίζει επαρκώς τις υποχρεώσεις ή τις δεσμεύσεις τις οποίες του επιβάλλει αλλά και τα δικαιώματα που του παρέχει ο νόμος.

δ) Εποπτεία από ένα συνάδελφο σχετικά με το κρίσιμο περιστατικό. Όπως είναι γνωστό ο άμεσα εμπλεκόμενος σε ένα ζήτημα, ακόμα και αν είναι έμπειρος θεραπευτής, συχνά χωρίς να το συνειδητοποιεί, χάνει σε ένα βαθμό την αντικειμενικότητα του. Εμπλέκεται συναισθη-

ηματικά, διογκώνει μη σημαντικές διαστάσεις ενός προβλήματος, παραβλέπει γεγονότα. Ο ώριμος θεραπευτής πρόθυμα αποδέχεται το ενδεχόμενο να σφάλει και ζητά βοήθεια, συμβουλές ή και καθοδήγηση.

ε) Εξέταση μίας προς μία των εναλλακτικών δυνατοτήτων επίλυσης ενός ζητήματος και τη σειρά ακολουθίας των ενεργειών που πρέπει να γίνουν. Καταγραφή των πιθανών θετικών και αρνητικών συνεπειών κάθε ενέργειας, της πιθανότητας που υπάρχει να προκύψει καθεμία από αυτές. Διερεύνηση της δυνατότητας ύπαρξης και άλλων (π.χ. συνδυαστικών) λύσεων.

στ.) Συνέχιση της νοητικής ενασχόλησης με τις διάφορες διαστάσεις του προβλήματος ακόμα και μετά την επιλογή του τρόπου διαχείρισης του.

Στις επόμενες παραγράφους παρουσιάζονται μερικές χαρακτηριστικές περιπτώσεις καταστάσεων που θέτουν προβλήματα ψυχιατρικής δεοντολογίας και συζητούνται συνοπτικά τρόποι διαχείρισής τους.

Εμπιστευτικότητα

Ο Α. σε μία θεραπευτική συνεδρία εξομολογείται στο θεραπευτή του ότι (τρία διαφορετικά σενάρια):

- i. Σχεδιάζει να φονεύσει ένα άλλο άτομο.
- ii. Πριν από χρόνια έχει διαπράξει μια κακουργηματική πράξη για την οποία έχει καταδικαστεί σε πολυετή φυλάκιση ένας αθώς.
- iii. Έχει κάνει προετοιμασίες προκειμένου να αυτοκτονήσει.

Ο νόμος προστατεύει την εμπιστευτικότητα της σχέσης θεραπευτή-θεραπευόμενου. Όσα πληροφορείται ο θεραπευτής συνιστούν κατ' αρχήν απόρρητο επομένως έχει νομική ευθύνη αν τα κοινολογήσει. Όμως ο Ποινικός Κώδικας προβλέπει ρητά μια εξαίρεση: Αν επίκειται διάπραξη κακουργήματος η οποία δεν είναι δυνατόν να αποτραπεί αλλιώς, ο θεραπευτής όχι μόνο έχει δικαίωμα αλλά και υποχρέωση να το αποτρέψει ενημερώνοντας τα κατάλληλα άτομα. Συνεπώς, όσον αφορά στο πρώτο σενάριο, εφόσον κρίνει ότι ο κίνδυνος είναι άμεσος και ο ασφαλέστερος τρόπος αποτροπής του απαιτεί την καταστράγγιση της εμπιστευτικότητας, θα πρέπει να πράξει αναλόγως. Σε τελική ανάλυση, η αποτροπή ενός φόνου μάλλον είναι προς όφελος και του υποψηφίου δολοφόνου.

Στο δεύτερο σενάριο δεν υπάρχει υποχρέωση άρσης του απορρήτου. Εντούτοις αρκετοί θεραπευτές θα θεωρούσαν ηθικά ανυπόφορο να καταστρέφεται η ζωή ενός αθώου προκειμένου να προστατευθεί ο εμπι-

στευτικός χαρακτήρας μιας σχέσης. Όμως και αυτός που θα επιλέξει να μην αποκαλύψει το έγκλημα του πελάτη του προστατεύεται κατ' αρχήν από το νόμο. Εφόσον ο Ποινικός Κώδικας ορίζει ότι η υποχρέωση τήρησης του απορρήτου αίρεται προκειμένου να διαφυλαχθούν ουσιώδη δικαιώματα άλλων ατόμων.

Στο τρίτο σενάριο η υποχρέωση της εμπιστευτικότητας συγκρούεται με την υποχρέωση του θεραπευτή να προστατεύσει την υγεία (εν προκειμένω την ίδια την ζωή) του θεραπευόμενου. Αν ο θεραπευτής μπορεί να τεκμηριώσει (εφόσον χρειαστεί) ότι όσα έπραξε ήταν απαραίτητα για να διασφαλιστεί η ζωή του θεραπευόμενου μπορεί να προχωρήσει σε ενέργειες που αίρουν το απόρρητο. Αντίθετα, μπορεί να κατηγορηθεί για αμέλεια αν ο θεραπευόμενος αυτοκτονήσει και ο θεραπευτής ενώ ο κίνδυνος ήταν εμφανής, δεν έπραξε όσο μπορούσε ώστε να τον αποτρέψει [5,6].

Επικινδυνότητα-ακούσια νοσηλεία

Ένας ψυχίατρος καλείται ως πραγματογνώμων να γνωματεύει αν ο Α. παρουσιάζει πρώτα ψυχική διαταραχή, είναι επικίνδυνος και χρήζει ακούσιας νοσηλείας. Ο εξεταστής (δύο σενάρια):

- i. Διστάζει να αποφανθεί. Ο Α. έχει μία παρανοϊκή ετοιμότητα και έχει επιδείξει σε αρκετές περιπτώσεις βίαιη συμπεριφορά, όμως δεν τεκμηριώνεται κάποια διαταραχή.
- ii. Διαγιγνώσκει την ύπαρξη σοβαρής ψυχικής διαταραχής που χρήζει νοσηλείας και αποφασίζει την άμεση εισαγωγή του εξεταζόμενου και την έναρξη της ακούσιας νοσηλείας του.

Ο ισχύων νόμος για την ακούσια νοσηλεία κυρίως απαιτεί από τον εξετάζοντα να τεκμηριώσει : 1) αν υπάρχει ψυχική διαταραχή, 2) αν η έλλειψη νοσηλείας μπορεί να συμβάλλει στην επιδείνωση της ψυχικής διαταραχής την οποία μπορεί να εμφανίζει ο εξεταζόμενος, 3) αν η νοσηλεία είναι απαραίτητη είτε για να προληφθούν πράξεις βίας του εξεταζόμενου εναντίον του εαυτού του ή άλλων. Αν ο εξεταστής διαπιστώσει το πρώτο και ένα τουλάχιστον από τα άλλα δύο, οφείλει να προτείνει ακούσια νοσηλεία, αλλιώς οφείλει να αποφανθεί υπέρ της μη νοσηλείας. Τόσο στη μία όσο και στην άλλη περίπτωση μπορεί να κατηγορηθεί για πλημμελή άσκηση καθηκόντων, οπότε θα πρέπει να μπορεί να αποδείξει ότι κατά την εκτέλεση του έργου που του ανατέθηκε έδειξε την απαιτούμενη επιμέλεια και ακολούθη-

σε τους κανόνες της ψυχιατρικής επιστήμης.

Όσον αφορά το δεύτερο σενάριο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο η ακούσια νοσηλεία απαιτεί την απόφαση δικαστηρίου. Αν κάποιος επιχειρήσει να ασκήσει ακούσια νοσηλεία πριν εκδοθεί τέτοια απόφαση θα πρέπει να μπορεί να αποδείξει ότι αντιμετώπιζε μία επείγουσα κατάσταση ανάγκης, δηλαδή ότι η νοσηλεία αποσκοπούσε στην αποτροπή ενός άμεσου, σοβαρού κινδύνου ο οποίος δεν ήταν δυνατόν να αποτραπεί αλλιώς [7].

Συγκατάθεση ύστερα από ενημέρωση

Ο εξεταστής διαπιστώνει ότι ο εξεταζόμενος εμφανίζει προϋόσια άνοια σε σχετικά πρώιμα στάδια εξέλιξης. Αντιμετωπίζει το δίλημμα αν θα πρέπει να ενημερώσει τον εξεταζόμενο για τη διάγνωση και την πρόγνωση.

Ένας ψυχοθεραπευτής ενημερώνει τον πελάτη του ότι εμφανίζει κατάθλιψη και του προτείνει μία εντατική ψυχοθεραπεία με τρεις συνεδρίες ανά εβδομάδα. Παραλείπει να τον ενημερώσει ότι υπάρχουν και άλλοι τρόποι θεραπείας.

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας επιβάλλει την πλήρη ενημέρωση του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, την προοπτική της, τις δυνατότητες θεραπείας. Επιβάλλει επίσης τον σεβασμό στην τυχόν επιλογή ενός ασθενούς να μην ενημερωθεί. Διλήμματα δημιουργούνται όταν δεν υπάρχει τέτοια δήλωση βούλησης και ο θεραπευτής εκτιμά ότι η σχετική πληροφόρηση θα προκαλέσει βλάβη στην υγεία του ασθενούς. Ο νόμος καλύπτει σε αυτή την περίπτωση τον θεραπευτή που επιλέγει τη μη ενημέρωση. Ο παράνομος χαρακτήρας μιας πράξης ή μιας παράλειψης αίρεται αν αυτή συνιστά καθήκον του πράττοντος και αναμφίβολα η υποχρέωση του μη βλάπτειν συνιστά πρωτεύον καθήκον του θεραπευτή. Θα πρέπει όμως αυτός να μεριμνήσει ώστε ο μεν άμεσα ενδιαφερόμενος να λάβει όσο το δυνατόν πληρέστερες πληροφορίες για την κατάστασή του οι οποίες δεν αναμένεται να τον βλάψουν ουσιωδώς, αφετέρου δε να δοθεί πλήρης ενημέρωση σε κάποιους οικείους του.

Ο εξεταστής οφείλει να παρουσιάσει στον εξεταζόμενο όλες τις εναλλακτικές δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν καθώς και τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα καθεμιάς από αυτές. Συνεπώς όποιος τις αποκρύπτει, ιδίως αν υπάρχουν ενδείξεις ότι η απόκρυψη αυτή συνδυάζεται με οικονομικό ή άλλο όφελος, μπορο-

εί να κατηγορηθεί για κακόπιστη εκτέλεση της συμβατικής του υποχρέωσης προς τον εξεταζόμενο [8].

Ασύμμετρες σχέσεις

Ο θεραπευτής συνάπτει ερωτικό δεσμό με ένα στενό συγγενικό πρόσωπο του θεραπευόμενου το οποίο τον επισκέπτεται για να πληροφορηθεί την κατάσταση του συγγενούς του.

Ο θεραπευτής ζητά κάποια επαγγελματική εξυπηρέτηση την οποία ο θεραπευόμενος παρέχει δωρεάν.

Ο νόμος απαγορεύει ευθέως τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων από άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας με δέκτες υπηρεσιών υγείας. Ο ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας απαγορεύει τη δημιουργία ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με θεραπευόμενους και συγγενείς τους. Δεν προσδιορίζεται σαφέστερα ο όρος «ανάρμοστες προσωπικές σχέσεις». Προκειμένου να προσδιοριστεί αν ένα συγκεκριμένο περιστατικό ανήκει σε αυτή την κατηγορία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και τα ισχύοντα κοινωνικά ήθη υπό τις συγκεκριμένες κάθε φορά περιστάσεις. Πάντως στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες οι ισχύοντες κανόνες ως προς αυτό το ζήτημα είναι αρκετά αυστηροί [9]. Στόχος είναι να προστατευθεί ο αδύναμος εταίρος στα πλαίσια μίας σύμβασης (εν προκειμένω της θεραπευτικής σχέσης) από τον κίνδυνο εκμετάλλευσης της εξάρτησης του από το θεραπευτή και των φόβων που είναι συνυφασμένοι την κατάστασή του και με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Τα ανωτέρω αφορούν όχι μόνο στις ερωτικές αλλά και στις επαγγελματικές-οικονομικές σχέσεις, επίσης εκτείνονται ως ένα βαθμό και στις σχέσεις εντός της θεραπευτικής ομάδας π.χ. μεταξύ επόπτη-εποπτευόμενου, προϊστάμενου-υφισταμένου [10].

Ως προς το ζήτημα των προσωπικών σχέσεων έχει υποστηριχθεί η ακόλουθη άποψη: υπάρχουν στις σχέσεις αυτές κάποια ευρέως αποδεκτά όρια επιτρεπόμενων ενεργειών και πρέπει να γίνεται διάκριση μεταξύ διάβασης (crossing) και παραβίασης (violation) των ορίων αυτών [11]. Ενίοτε η διάβαση των ορίων μπορεί να είναι αποδεκτή ή και χρήσιμη στις θεραπευτικές σχέσεις (π.χ. αποκαλύψεις του θεραπευτή για τον εαυτό του, τη ζωή του ή τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, αστεία, φυσική επαφή, προσφορά και αποδοχή δώρων μικρής αξίας). Όμως οι συχνές διαβάσεις των ορίων μπορεί να διαβρώσουν τη θεραπευτική

σχέση και να οδηγήσουν σε παραβιάσεις των ορίων όπως: οικονομική εκμετάλλευση, φυσικές επαφές που υπερβαίνουν τα όρια της φυσικής οικειότητας, πίεση για σύναψη σεξουαλικών σχέσεων, απειλή για εγκατάλειψη [12].

Σεβασμός της προσωπικότητας του θεραπευόμενου

Ο θεραπευτής σχολιάζει υποτιμητικά ή διακωμωδεί τις θρησκευτικές ή τις ιδεολογικές πεποιθήσεις, τη φυλετική προέλευση, τις προτιμήσεις ή τις συνήθειες του θεραπευόμενου.

Ο θεραπευτής προσπαθεί να επιβάλλει στο θεραπευόμενο τις ηθικές ή τις ιδεολογικές του αξίες (π.χ. για ζητήματα που έχουν σχέση με το γάμο, το διαζύγιο, την έκτρωση), ασκεί προπαγάνδα (υπέρ κάποιας ιδεολογίας ή κόμματος ή θρησκευτικού δόγματος ή άλλης οργάνωσης ή υπέρ κάποιου υποψήφιου σε εκλογές).

Ο θεραπευτής με τη χρήση διαφόρων μεθόδων ψυχολογικού επηρεασμού προσπαθεί (ενίοτε ασυνείδητα) να χειραγωγήσει το θεραπευόμενο. Για παράδειγμα έχει κρίσεις οργής (που γεννούν φόβο), απειλεί να διακόψει τη σχέση, αμελεί τις υποχρεώσεις του (π.χ. αναβάλλει καθορισμένες συναντήσεις, καθυστερεί συστημικά), επιβάλλει διάφορες ψυχολογικές τιμωρίες στον θεραπευόμενο [13,14].

Ο Αστικός Κώδικας απαιτεί από κάθε συμβαλλόμενο (επομένως και από τους συμβαλλόμενους στα πλαίσια μίας θεραπευτικής σχέσης) να εκπληρώνουν ο ένας προς τον άλλο τις υποχρεώσεις που δημιουργούνται από τη σχέση με ευθύτητα, εντιμότητα και συμφώνα με τα ισχύοντα συναλλακτικά ήθη (τα οποία, όπως αναφέρθηκε συνιστούν μέτρο για τον προσδιορισμό των ορίων μεταξύ επιτρεπτής και ανεπιτρεπτής συμπεριφοράς). Στα υπό συζήτηση σενάρια η συμπεριφορά του θεραπευτή μπορεί να εγείρει απαιτήσεις αποζημίωσης για ηθική ή για υλική βλάβη. Επιπλέον μπορεί να συνεπάγεται πειθαρχικές και ποινικές κυρώσεις (π.χ. για παράβαση καθήκοντος).

Άλλες ανάρμοστες δραστηριότητες

Ένας θεραπευτής αυτοδιαφημίζεται (σε πινακίδες,

σε επαγγελματικές κάρτες) προβάλλοντας εξειδικεύσεις ή δεξιότητες για τις οποίες δεν έχει πιστοποίηση.

Ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας μετέχει σε μία εκπομπή και αναπτύσσει τις απόψεις του σχετικά με ένα περιστατικό ασθενούς που απασχόλησε την κοινή γνώμη.

Ένας ψυχίατρος λαμβάνει χρήματα, ακριβά δώρα ή άλλες αντιπαροχές από μία φαρμακευτική εταιρεία. Ερωτώμενος σχετικά απαντά ότι δεν έχει αναλάβει κάποια δέσμευση αντιπαροχής προς αυτή την εταιρεία.

Στην Ελλάδα, σε σύγκριση με όσα συμβαίνουν στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες [15] υπάρχει σχετική χαλαρότητα και ανοχή ως προς καταστάσεις που θα μπορούσαν να συνιστούν δραστηριότητες ανάρμοστες προς το ρόλο του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Πολλές υποειδικότητες, ιδίως στο πεδίο των ψυχοθεραπειών, δεν έχουν σαφώς καθορισμένες προϋποθέσεις απόκτησης των σχετικών με αυτή διαπιστευτηρίων και υπάρχει κίνδυνος παραπλάνησης ή τουλάχιστον ασαφούς πληροφόρησης του κοινού. Οι ιατρικοί και άλλοι επαγγελματικοί σύλλογοι σπανίως παρεμβαίνουν πειθαρχικά σε βάρος μελών τους που μπορεί χονδροειδώς να παραβιάζουν τους κανόνες ευπρεπούς παρουσίας στα μέσα ενημέρωσης. Η διατύπωση που υπάρχει στον αστικό Κώδικα “απαγορεύεται” στο γιατρό να εξυπηρετεί ή να εξαρτάται ή να συμμετέχει σε φαρμακευτικές επιχειρήσεις είναι μάλλον ανεπαρκής, εφόσον στις κατ’αρχήν απαγορεύσεις δεν περιλαμβάνονται οι κάθε είδους συναλλαγές εκτός από αυτές που αποσκοπούν στην επιστημονική ενημέρωση και γίνονται με διαφανή και ελέγξιμο τρόπο [16].

Παρουσιάστηκαν ανωτέρω ορισμένες μόνο από τις καταστάσεις που θέτουν ζητήματα δεοντολογίας και διλήμματα συναφή με αυτά τα ζητήματα. Στην Ελλάδα παρά την αναμφισβήτητη πρόοδο, ιδίως κατά τα τελευταία λίγα χρόνια, υπάρχουν αρκετά που πρέπει να γίνουν αφενός τον τομέα της συμπλήρωσης του νομικού πλαισίου όπου αυτό παρουσιάζει ακόμα κενά, κυρίως όμως στον τομέα της εφαρμογής των ισχυουσών νομικών ρυθμίσεων αλλά και της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του κοινού σχετικά με τα ζητήματα αυτά [17].

Βιβλιογραφία

1. Kitchener, K.S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundation for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12(3), 43-55.
2. Glen O. Gabbard, M.D., Laura Weiss Roberts, M.D., M.A., Holly Crisp-Han, M.D., Valdesha Ball, M.D., Gabrielle Hobday, M.D., and Funmilayo Rachal, M.D. (2012). *Professionalism in Psychiatry*, 59-79. American Psychiatric Publishing.
3. Austin, K.M., Moline, M.M., & Williams, G.T. (1990). *Confronting malpractice: Legal and ethical dilemmas in psychotherapy*. Newbury Park, CA:sage.
4. Corey G., Corey M.S., & Callanan P. (1993). *Issues and Ethics in the Helping Professions*, 4th edition, 11-12. Brooks/Cole Publishing Company, Pacific grove, California.
5. Stadler, H.A. (1990a). Confidentiality. In B. Herlinhy and L.B. Golden (eds.), *AACD ethical standards casebook (4th ed.)*(pp 102-110). Alexandria, VA; American association for Counseling and Development.
6. Bonger, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.
7. Λειβαδίτης Μ. (1994). Ψυχιατρική και δίκαιο, 421-439. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
8. Bennett B.E., Bryant B.K., VandeBos G.R., & Greenwood A. (1990). *Professional liability and risk management*. Washington, DC: American Psychological Association.
9. Pope K.S., (1990b). Therapist-patient sex as sex abuse: Six scientific, professional, and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 227-239.
10. Herlihy B., & Corey, G. (1992). *Dual relationships in counseling*, Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
11. Laura Weiss Roberts & Jinger G. Hoop (2007). *Professionalism and Ethics: A Q & A Self- Study Guide for Mental Health Professionals*, 31-34. American Psychiatric Publishing.
12. Hem M.H., Pettersen T. (2011). Mature care and nursing in psychiatry: notions regarding reciprocity in asymmetric professional relationships. *Health Care Anal.* 2011 Mar;19(1):65-76.
13. Chodoff P. (1996). Ethical dimensions of psychotherapy: a personal perspective. *Am J Psychother.* 1996 Summer;50(3):298-310.
14. Acuff C, Bennett B.E., Bricklin P.M., Canter M.B., Knapp S.J., Moldawsky S., Phelps R. (1999). Considerations for ethical practice in managed care. *Prof Psychol Res Pr.* 1999 Dec;30(6):563-75.
15. Mansfield S.J., Morrison S.G., Stephens H.O., Bonning M.A., Wang S.H., Withers A.H., Olver R.C., Perry A.W. (2011). Social media and the medical profession. *Med J Aust.* 2011 Jun 20;194(12):642-4.
16. Katz D., Caplan A.L., Merz J.F. (2010). All gifts large and small: toward an understanding of the ethics of pharmaceutical industry gift-giving. *Am J Bioeth.* 2010 Oct;10(10):11-7.
17. Wood P.S., & Mallinckrodt B. (1990). Culturally sensitive assertiveness training for ethnic minority clients. *Professional Psychology: Research and practice*, 21(1), 5-11.