



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



Η συναίνεση ως προαπαιτούμενο θεραπείας και έρευνας και τα όρια της ψυχιατρικής εξαιρεσιμότητας

Γεώργιος Μπούτλας, MD, PhD

Δομή παρουσίασης

- Πρώτο τμήμα:
 - α) Η γενική θεωρία της συναίνεσης στο πλαίσιο της αρχής της αυτονομίας.
 - β) Η έννοια της επάρκειας (του ασθενή) για τη διαδικασία της συναίνεσης.
- Δεύτερο τμήμα:
 - α) Η συναίνεση του ενημερωμένου προσώπου (ασθενή ή υποκειμένου έρευνας) στη Ψυχιατρική (σύγκρουση της αρχής της αυτονομίας, η οποία είναι μειωμένη σε άλλοτε άλλον βαθμό στους ψυχιατρικούς ασθενείς, και της υποχρέωσης θεραπείας και προστασίας τους)
 - β) Τι αναφέρει η Οβιέδο, ο ΚΙΔ και η WMA για τη συναίνεση του ψυχιατρικού ασθενή. Μελέτες που υποστηρίζουν την κοινή απόφαση (shared decision making) στα θέματα της ψυχιατρικής φροντίδας.
 - γ) Η νέα προσέγγιση της σχέσης ψυχιάτρου - ασθενή στο πλαίσιο της κοινής λήψης απόφασης θεραπείας. Ο ρόλος της αφηγηματικής ιατρικής.

*Η γενική θεωρία της συναίνεσης
στο πλαίσιο της αρχής της
αυτονομίας*

Sixth Edition

Principles of Biomedical Ethics

Tom L. Beauchamp
James F. Childress



- Οι τέσσερις αρχές της κλινικής ηθικής και οι αντιστοιχήσεις τους.
 - Σεβασμός της αυτονομίας – Συναίνεση του ενημερωμένου προσώπου.
 - Αγαθοπραξία – Το θεραπευτικό καθήκον του ιατρού.
 - Μη βλάβη- Η αποφυγή του ιατρικού σφάλματος, της χειραγώγησης, της υπέρβασης των ορίων της έρευνας.
 - Δικαιοσύνη- Η κατανομή των πόρων υγείας .

- **Οι δύο έννοιες της συναίνεσης στην κλινική πράξη.**

- Η πρώτη με τους όρους της *αυτόνομης επιλογής*, αυτό που προϋποθέτει ο σεβασμός στην αυτονομία, είναι η αυτόνομη εξουσιοδότηση ενός ατόμου για μια ιατρική παρέμβαση ή για συμμετοχή σε έρευνα.
- Η δεύτερη αναλύεται με όρους κοινωνικούς, ή δικαικούς, οι οποίοι αξιώνουν να επιτευχθεί *νομικά ή θεσμικά μια έγκυρη συναίνεση* η οποία δεν είναι απαραίτητα μια αυτόνομη ή μια ουσιαστική εξουσιοδότηση.
- Εναλλακτικά το μοντέλο της συναίνεσης ως *κοινής (αμοιβαίας) λήψης απόφασης* (mutual decision making). Ένα τέτοιο μοντέλο στηριγμένο στην αυτονομία θα θεωρούσε ότι σε κάθε σύναψη συμφωνίας είναι απαραίτητη μια κοινή απόφαση, ή κατά την καντιανή ορολογία, η ‘διαμόρφωση μιας ενοποιημένης βούλησης’.

Στοιχεία συναίνεσης

I. Προαπαιτούμενα στοιχεία

- Επάρκεια
- Εθελούσια συμμετοχή

II. Στοιχεία πληροφοριακά

- Γνωστοποίηση (πληροφοριακό υλικό)
- Πρόταση (ενός πλάνου δράσης)
- Κατανόηση των παραπάνω

III. Στοιχεία συγκατάθεσης

- Απόφαση (υπέρ κάποιου πλάνου)
- Εξουσιοδότηση (για το επιλεγμένο πλάνο)

*Η έννοια της επάρκειας
του ασθενή για τη
διαδικασία της συναίνεσης*

- Η ικανότητα απόφασης συνδέεται στενά με την επάρκεια της συναίνεσης.
- Η αξιολόγηση της ικανότητας (capacity) διαχωρίζεται από αυτήν της επάρκειας (competence).
- Οι ιατροί κρίνουν συνήθως την εκτελεστική ικανότητα, δηλαδή τη νοητική και σωματική ικανότητα λήψης έλλογων αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων (επιτέλεση της πράξης).
- Τα δικαστήρια κρίνουν κυρίως την επάρκεια ως δικαιοπρακτική ικανότητα ή αλλιώς δυνατότητα αυτόνομης απόφασης (βουλευτικό στοιχείο).
- Ουσιαστικά στην πράξη οι δύο εκτιμήσεις ισοδυναμούν.
- Δεν διαθέτουμε ακόμη ένα ικανοποιητικό ορισμό της επάρκειας και έτσι το νόημά της και ο ουδός της, βρίσκονται ακόμη σε κατάσταση σύγχυσης.
- Διακύμανση της επάρκειας ανάλογα με την πράξη στην οποία αναφέρεται.

Η εκτίμηση της επάρκειας

- Η **επάρκεια ως κατάσταση** - η επάρκεια του ατόμου πρέπει να θεωρείται δεδομένη στη Βιοηθική, όπως στην οικονομία ή την πολιτική, μια παραδοχή προστατευτική της ελευθερίας και της αυτονομίας του ατόμου.
 - Κίνδυνος ψευδώς θετικής επάρκειας για τη συναίνεση.
- Η **επάρκεια ως ικανότητα** – ο ασθενής ή το υποκείμενο έρευνας, θα πρέπει να έχει κάποιες ικανότητες για να συμμετέχει στη λήψη απόφασης.
 - Πόσες και ποιες ικανότητες χρειάζονται.
 - Κίνδυνος υπερβολικής έμφασης στην έννοια της ικανότητας.
 - Δημιουργία διαδικασιών εκτίμησης που δεν έχουν προηγούμενο στον ελεύθερο κόσμο.

- «Η ελευθερία πάντα κερδίζει» (Stephen Wear).
- **Μικτό σύστημα** θεώρησης της επάρκειας και ως κατάστασης (προστατεύοντας την ελευθερία), αλλά και ως ικανότητας (ώστε να αποφύγουμε τις ψευδώς θετικές περιπτώσεις επάρκειας).
- **Ταύτιση της επάρκειας με την ικανότητα επιτέλεσης συγκεκριμένου καθήκοντος** (Beauchamp & Childress).
- Αποφεύγοντας να εκθέσουν την επάρκεια στη βάση της εκτίμησης της γενικής ικανότητας, αποφεύγουν να θέσουν την έννοια της ουσιώδους επάρκειας της ΣΕΠ σε κίνδυνο, υπό την πίεση υψηλών και αυστηρών κριτηρίων.

➤ Οι Beauchamp & Childress θέτουν **επτά κριτήρια** επάρκειας:

1. Έκφρασης επιλογής ή προτίμησης.
2. Κατανόησης μιας κατάστασης και των συνεπειών της .
3. Κατανόησης σχετικής πληροφορίας.
4. Αιτιολόγησης.
5. Ορθολογικής αιτιολόγησης.
6. Αιτιολόγησης σύμφωνα με παράγοντες κινδύνου και ωφέλειας.
7. κατάληξης σε μια εύλογη απόφαση.

- Τελικά θα καταλήξουν ότι «η εκτίμηση της επάρκειας προς απόφαση παραμένει σε συντριπτικό βαθμό θέμα *κλινικής εκτίμησης*» (του ιατρού).
- Θεσμοθέτηση αντικειμενικών εμπειρικών κριτηρίων εκτίμησης -αυτονομιστικό *πρότυπο του έλλογου ασθενούς*
- Ανάθεση της τελικής εκτίμησης στον θεραπευτή- αγαθοπρακτικό πρότυπο του *επαρκώς έλλογου ιατρού*.

- Τέσσερα κριτήρια επάρκειας γίνονται πλέον ευρέως αποδεκτά .
 - Οι ικανότητες επικοινωνίας μιας επιλογής.
 - Η κατανόηση της σχετικής πληροφορίας.
 - Η κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης και των συνεπειών της.
 - Η λογική διαχείριση της πληροφορίας.
- Εργαλείο MacArthur Εκτίμησης της Επάρκειας στη Θεραπεία- περίπου είκοσι λεπτά για να εφαρμοσθεί στην κλινική εκτίμηση της επάρκειας.

Σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπάρκειας:

- Άρση τυχόν περιστασιακών βιολογικών αιτίων της.
 - Αναζήτηση για τυχόν προγενέστερες οδηγίες του ασθενούς (*advance directives*).
 - Ορισμός νομικών αντιπροσώπων του ασθενούς
 - Η οικογένεια
- Σε πολλές πολιτείες των ΗΠΑ, είναι καθορισμένη η προτεραιότητα δικαιώματος αντιπροσώπευσης του ασθενούς:
1. Σύζυγος.
 2. Τα ενήλικα παιδιά.
 3. Γονείς.
 4. Αδέλφια .
 5. Άλλοι εγγύτεροι συγγενείς (next of kin).

- Η στρατηγική της *αναλογικής κλίμακας* (Grisso και Appelbaum .
 - Τα πρότυπα της επάρκειας κυμαίνονται ανάλογα με τον κίνδυνο.
 - Στο ένα άκρο βρίσκεται η αυτονομία και στο άλλο άκρο η προστασία
 - Η στάθμιση γίνεται με τον συνυπολογισμό
 - α) της νοητικής ικανότητας του αρρώστου έναντι των απαιτήσεων της απόφασης
 - β) το πιθανό επίπεδο κινδύνου- ωφέλειας της επιλογής του
 - ένα παιδί μπορεί να έχει επάρκεια στο να αποφασίσει αν θα πάρει ένα παυσίπονο, αλλά να μην έχει επάρκεια να αποφασίσει αν θα χειρουργηθεί ή όχι
 - Ένας ψυχιατρικός. άρρωστος παρομοίως μπορεί να έχει επάρκεια για κάποιες αποφάσεις και για κάποιες άλλες όχι.

*Η συναίνεση του ενημερωμένου
προσώπου
(ασθενή ή υποκειμένου έρευνας)
στη Ψυχιατρική*

- Παραδοσιακά η ψυχιατρική θεωρείται ως πεδίο εξαίρεσης από την υποχρέωση ενήμερης συναίνεσης του ασθενή (ψυχιατρική εξαιρεσιμότητα).
- Η προστασία των δικαιωμάτων των ψυχιατρικών ασθενών είναι ένα σχετικά νέο φαινόμενο το οποίο διεθνοποιείται τη δεκαετία του 70.
- Αρχικά το ενδιαφέρον εντοπίζεται στα προβλήματα περιορισμού των ατόμων (αντιφρονούντων) σε ψυχιατρικές μονάδες της ΕΣΣΔ και της Νότιας Αφρικής.
- Στη συνέχεια η προσοχή επεκτείνεται στις ιατρικές πρακτικές στις δημοκρατικές χώρες.
- Το 1973 ιδρύεται στο Λονδίνο η *Mental Patients Union* από ψυχιατρικούς ασθενείς, με σκοπό την αντίσταση στην ψυχιατρική καταπίεση.

- Το δικαίωμα του ασθενή (στη γενική θεωρία της συναίνεσης), να αποδεχθεί τη θεραπεία αλλά και να την αρνηθεί ή να τη σταματήσει, γίνεται η απόπειρα να επεκταθεί και στους ψυχιατρικούς ασθενείς, ωστόσο πρακτικά αυτό το δικαίωμα είναι δύσκολο να εδραιωθεί.
- Αντίσταση στην εγκατάλειψη της παραδοχής ότι ο ψυχιατρικός ασθενής είναι εξ αρχής ανίκανος να εξασκήσει το δικαίωμά του να συναινέσει.
- Η άρνηση του ασθενή να νοσηλευτεί μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κριτήριο της ανικανότητάς του.
- Εγείρεται πρόβλημα ίσης αντιμετώπισης εφόσον αυτό αφορά μόνο τους ψυχιατρικούς ασθενείς.

- Οι αξίες της αυτονομίας και της ισότητας κατευθύνουν προς την ιδέα ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν είναι αναγκαστικά νοητικά ανίκανοι να εξασκήσουν το δικαίωμά τους να συναινέσουν στην αγωγή.
- Η άρνηση νοσηλείας δεν μπορεί να θεωρηθεί συνέπεια της νοητικής ασθένειας σε κάθε περίπτωση.
- Η χορήγηση θεραπείας σε ασθενείς που την αρνούνται δεν θεωρείται ένα δεδομένο δικαίωμα του ιατρού στα πλαίσιο των ειδικών γνώσεων που του παρέχει η εξειδίκευσή του.
- Το δικαίωμα στην αγωγή και το δικαίωμα στην άρνηση της αγωγής δεν μπορεί να θεωρηθούν ως αλληλοεξαιρούμενα.
- Και τα δύο θεωρούνται ως λογικές συνεπαγωγές του δικαιώματος της συναίνεσης.
- Ο νόμος θα πρέπει να προστατεύει τον ασθενή από την εξαναγκαστική ισχύ της ψυχιατρικής.

Έρευνες που σχετίζονται με την ικανότητα συναίνεσης του ψυχιατρικού ασθενή:

- Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της ικανότητας συναίνεσης σε ηθελημένη νοσηλεία, δόθηκε σε 50 ψυχιατρικούς ασθενείς. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε σοβαρή μείωση ικανότητας συναίνεσης στη πλειοψηφία των ασθενών, άρα και περιορισμός της εφαρμοσιμότητας του μοντέλου της συναίνεσης του ενημερωμένου προσώπου στο ψυχιατρικό πλαίσιο. **(PAUL S. APPELBAUM, M.D., STUART A. MIRKIN, M.S.W., AND ALAN L. BATEMAN, *Am J Psychiatry*, 1981)**
- “Informed Consent: Assessment of Comprehension”
Αξιολόγηση διαδικασίας ενήμερης συναίνεσης, ειδικά δομημένης, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Τα έντυπα αναγνωσθήκαν και εξηγήθηκαν σε 49 σχιζοφρενείς ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν σε μια κλινική έρευνα. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι όταν υπάρχει κατάλληλη διαδικασία συναίνεσης, οι σχιζοφρενείς ασθενείς που υπόκεινται σε έρευνα είναι ικανοί να κατανοήσουν και να συγκρατήσουν τα σημαντικά στοιχεία της πληροφόρησης. **(Donna A. Wirshing, M.D., William C. Wirshing, M.D., Stephen R. Marder, M.D., Robert P. Liberman, M.D., and Jim Mintz, *American Journal of Psychiatry*, 1998)**

- Τριάντα ασθενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια, νοσηλευόμενοι σε ψυχιατρικό κέντρο, εξετάσθηκαν ως προς την ικανότητα λήψης απόφασης όσον αφορά τη φαρμ. αγωγή, την αποκατάσταση και τη γενική ιατρική φροντίδα. Συμπερασματικά, οι ασθενείς εξέφρασαν την επιθυμία για μεγαλύτερη συμμετοχή στις αποφάσεις σχετικά με τη ψυχιατρική φροντίδα από την ήδη υπάρχουσα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις νέες ψυχιατρικές αγωγές, 23 άτομα (77%) προτίμησαν αυτόνομους ή κοινούς ρόλους και μόνο 11 (37%) χαρακτήρισαν τους ήδη υπάρχοντες ρόλους τους στη θεραπεία ως ενεργητικούς. Επίσης, ήταν λιγότερο διατεθειμένοι να δεχθούν ένα παθητικό ρόλο στις αποφάσεις αγωγής στη ψυχιατρική φροντίδα από ότι στη γενική ιατρική φροντίδα.

(Jared R Adams 1, Robert E Drake, George L Wolford, *Psychiatric Services*, 2007)

- Έρευνα σε 122 ασθενείς με σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς εξέφρασαν την επιθυμία για κοινή λήψη απόφασης, μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η αρνητική ως προς τη θεραπεία στάση και οι νεότερες ηλικίες σχετίστηκαν με την μεγαλύτερη επιθυμία για συμμετοχή. Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να ανταποκριθούμε στην ανάγκη συμμετοχής των ασθενών που είναι δυσαρεστημένοι με τη ψυχιατρική αγωγή τους.

(Johannes Hamann, Rudolf Cohen, Stefan Leucht, Raymonde Busch, Werner Kissling, *Am J Psychiatry*, 2005)

- Στις 17 Δεκεμβρίου του 1991 η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών υιοθετεί το εργαλείο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με το όνομα *Principles for the protection of persons with mental illness and for the improvement of mental health*
- Principle 11 (1). Καμιά αγωγή δεν θα δίδεται σε ένα ή μια ασθενή χωρίς συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης (εκτός εξαιρέσεων της παρούσας αρχής).
- Principle 11 (4). Ένας ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί ή να σταματήσει μια αγωγή (εκτός εξαιρέσεων της παρούσας αρχής). Οι συνέπειες της άρνησης ή της διακοπής της αγωγής θα πρέπει να εξηγηθούν στον/στην ασθενή.
- Principle 11 (5). Ο ασθενής δεν θα πρέπει ποτέ να προσκαλείται ή να ενθαρρύνεται να αρνηθεί το δικαίωμά του στη συναίνεση. Εάν ο ασθενής το επιθυμεί, θα πρέπει να του εξηγηθεί ότι η θεραπεία δεν μπορεί να γίνει χωρίς τη συναίνεσή του.

- Principle 11 (6). Μια αγωγή μπορεί να δίδεται σε ένα ασθενή χωρίς την ενήμερη συναίνεσή του στις εξής περιπτώσεις:
- (a) Ο ασθενής κατά την περίοδο αυτή νοσηλεύεται χωρίς τη βούλησή του.
- (b) Μια ανεξάρτητη αρχή, η οποία διαθέτει όλα στα σχετικά δεδομένα, βεβαιώνει ότι ο ασθενής στην παρούσα φάση δεν έχει την ικανότητα να δώσει την έγκρισή του ή να απορρίψει την προτεινόμενη θεραπεία, ή ακόμη, εφόσον το προβλέπει η σχετική νομοθεσία, με σκοπό την ασφάλεια του ασθενή ή την ασφάλεια των άλλων, κρίνεται ότι ο ασθενής αδικαιολόγητα αρνείται τη θεραπεία.
- (c) Η ανεξάρτητη αρχή κρίνει ότι η προτεινόμενη αγωγή εξυπηρετεί τα βέλτιστα συμφέροντα του ασθενή.

ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α΄287/28-11-2005
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η΄-ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 28- Φροντίδα ψυχικής υγείας

3. Ο ψυχίατρος οφείλει να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές

4. Ο ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει ότι ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές είναι δικαιωματικά εταίρος στη θεραπευτική διαδικασία. Η θεραπευτική σχέση βασίζεται τόσο στην εχεμύθεια του ιατρού, όσο και σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό, ώστε να επιτρέπει σε αυτόν που πάσχει από ψυχικές διαταραχές να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία, σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις.

5. Ο ψυχίατρος οφείλει να ενημερώνει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχικές διαταραχές για τη φύση της κατάστασής του, τις θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς και τις τυχόν εναλλακτικές αυτών, όπως επίσης και την πιθανή έκβαση των θεραπευτικών διαδικασιών.

6. Ο ψυχίατρος σέβεται την πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. ...

7. Ο ψυχίατρος οφείλει να συνεννοείται με τα πρόσωπα που αναφέρονται στο άρθρο 12, όταν ο άνθρωπος που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν διαθέτει ικανότητα λήψης αποφάσεων, λόγω των διαταραχών αυτών.

8. Ο ψυχίατρος δεν χορηγεί καμία θεραπεία χωρίς τη θέληση του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, εκτός εάν η άρνηση θεραπείας θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του ίδιου και εκείνων που τον περιβάλλουν ή συνεπάγεται σοβαρή επιβάρυνση της πορείας της ψυχικής του διαταραχής. Αν καθίσταται επιτακτική η αναγκαστική νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από την ισχύουσα νομοθεσία.

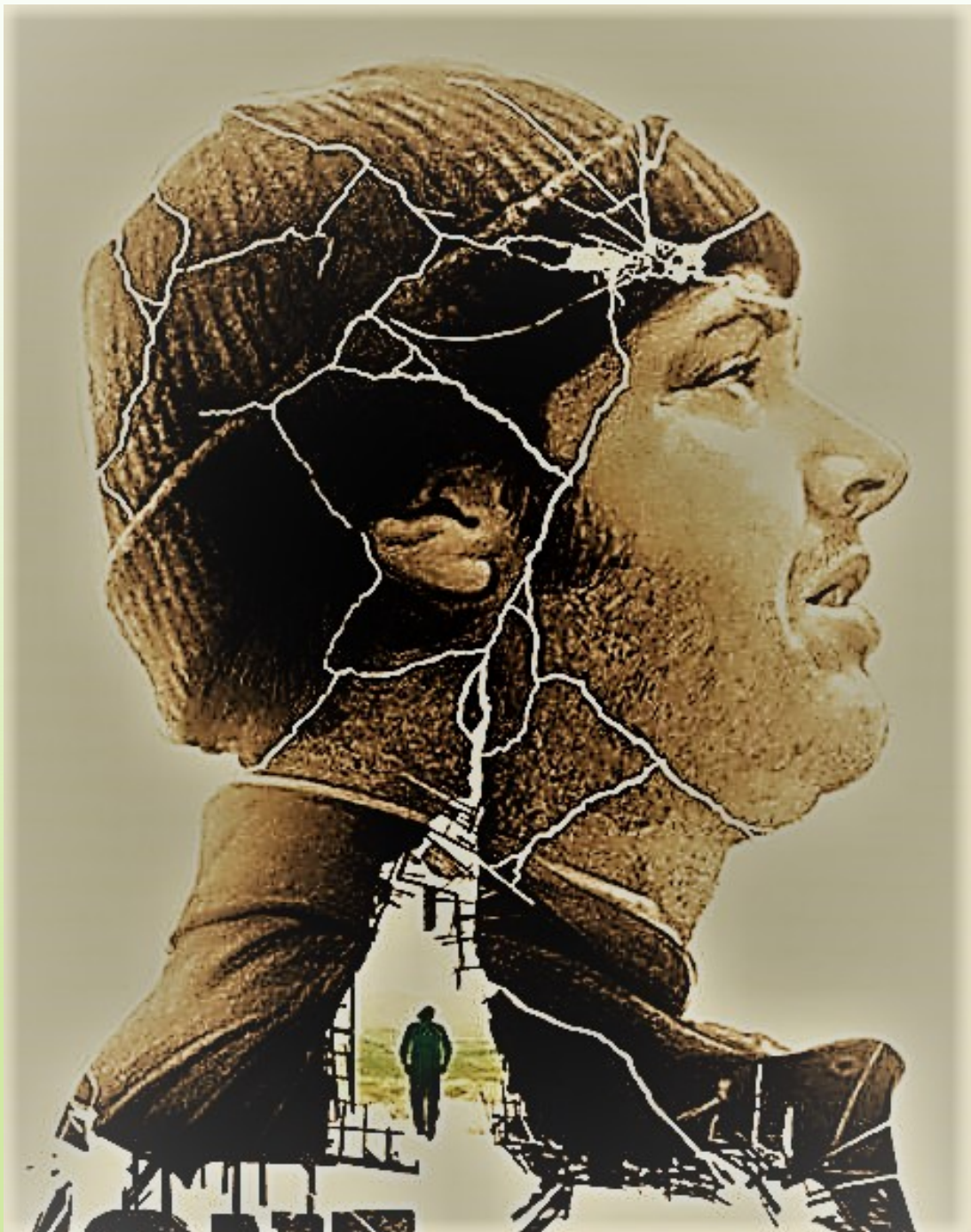
10. Ο ψυχίατρος που καλείται να διατυπώσει μια εκτίμηση για ένα πρόσωπο με σκοπούς άλλους από τους θεραπευτικούς, όπως κατά τη διενέργεια ψυχιατροδικαστικής εκτίμησης, οφείλει πρώτα να το ενημερώσει και να το συμβουλευθεί για το σκοπό της εκτίμησης αυτής, τη χρήση των ευρημάτων και τις πιθανές επιπτώσεις της εκτίμησης.

11. Ο ψυχίατρος οφείλει, στις έρευνες που διεξάγονται σε ανθρώπους που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, να επιδεικνύει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να διαφυλάσσεται η αυτονομία τους, καθώς και η ψυχική και σωματική τους ακεραιότητα. Επίσης, οφείλει να ενημερώνει τους ανθρώπους αυτούς για τους σκοπούς της έρευνας και τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες επιδράσεις της και να εξασφαλίζει, μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, τη συγκατάθεση των ασθενών, αναφορικά με τη συμμετοχή τους σε ερευνητικό πρόγραμμα. Η προσπάθεια του ψυχιάτρου για την καλύτερη δυνατή θεραπεία ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές δεν θα πρέπει επ' ουδενί να επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής του συγκεκριμένου ανθρώπου σε έρευνα του ψυχιάτρου.

12. Ο ψυχίατρος με κανέναν τρόπο δεν θα πρέπει να χρησιμοποιεί μέσα και μεθόδους του επαγγέλματός του, που πειθαναγκάζουν σε τροποποίηση ή αλλαγή στάσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με πολιτικές ή και κοινωνικές πεποιθήσεις ή, γενικότερα, εξυπηρετούν άλλους σκοπούς πλην των θεραπευτικών και της προαγωγής της υγείας του ατόμου και της κοινωνίας.

- Η θέση ορίων στη **ψυχιατρική εξαιρεσιμότητα** της συναίνεσης., απαιτεί την υπέρβαση του πατερναλιστικού μοντέλου το οποίο παραμένει πολύ περισσότερο ενεργό στη ψυχιατρική παρά στη γενική ιατρική.
- Θα πρέπει να υιοθετηθούν μοντέλα σχέσης ιατρού ασθενή τα οποία προάγουν την επικοινωνία του ψυχιατρικού ασθενή με τον θεράποντα και τη δυνατότητα εκμαίευσης της συναίνεσης παρά τις δυσκολίες που αυτό συνεπάγεται.
- Στο πλαίσιο αλλαγής παραδείγματος στη σχέση ιατρού ασθενή, εμφανίζεται τα τελευταία χρόνια δυναμικά στο προσκήνιο η **αφηγηματική ιατρική** (narrative medicine) η οποία εμφανίζεται στο πλαίσιο των νεόκοπων **‘Ανθρωπιστικών Σπουδών’** στην ιατρική εκπαίδευση.
- Ο όρος αποκτά ιδιαίτερη αξία στη ψυχοθεραπεία.
- Το ‘αφήγημα’ δεν μπορεί να καλύψει ένα είδος εξήγησης της συμπεριφοράς το οποίο να καταλήγει σε μια ιατρική διάγνωση όπως οι ακτίνες ‘Χ’.

- Κίνδυνος απελευθέρωσης από τον 'κορσέ' της 'βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής' (evidence-based medicine) στην οποία στοχεύουν όσοι διδάσκουν 'Ανθρωπιστικές σπουδές' σε ιατρούς και φοιτητές και δέσμευσης στον 'κορσέ' της 'βασισμένης στην αφήγηση ιατρικής' (narrative-based medicine) (Downie and Macnaughton 2007).
- Η Hilde Lindemann Nelson διακρίνει ανάμεσα σε τέσσερεις όψεις της αφηγηματικότητας που επιδρούν στην ιατρική ηθική:
 - Η άποψη που αλληλοεπιδρά με τον κοινοτισμό (communitarianism) με εισηγητές τους Burrell and Hauerwas (1977) και εμβληματικό υπέρμαχο τον Alasdair MacIntyre (1984).
 - Η προσέγγιση κατά την οποία προέχει η ανάγνωση ιστοριών (ή η ακρόαση ή θέαση) τόσο λογοτεχνικών όσο και θεατρικών όσο και κινηματογραφικών. (Nussbaum 1992)
 - Η προσέγγιση της *ιστορίας της ασθένειας* (οι ιστορίες που λένε οι ασθενείς για την ασθένεια). (Nelson 2004)
 - Μια τέταρτη μορφή αφηγήματος βασίζεται στη σύγκριση μιας ιστορίας που ηθικά προβληματίζει με μια παραδειγματική ιστορία όπου η ηθική θεωρία είναι ξεκάθαρη. (Καζουιστική σύγκριση με παραδειγματική περίπτωση για καθοδήγηση. -Kuczewski 1997)



ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΕ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ



Α' ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ
ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



APPLIED
PHILOSOPHY
RESEARCH *lab*

N K U A