

Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα στην  
παιδοψυχιατρική και απόρρητο

Αξιολόγηση ανηλίκου σε δικαστικές υποθέσεις  
από επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η εξέταση του ανηλίκου ύμματος από  
δικαστικούς λειτουργούς

Σύνταξη της παιδοψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης

Η προστασία των ανηλίκων στο ελληνικό  
σύστημα δικαιοσύνης

Μέρος 1

---

# ΓΕΝΙΚΟ

Κεφάλαιο 1.

Κεφάλαιο 2.

Κεφάλαιο 3.

Κεφάλαιο 4.

Κεφάλαιο 5.

---

Ανάγοντας τις καταβολές της δεοντολογίας στη φιλοσοφία, στην αφετηρία των δεοντολογικών συζητήσεων συχνά γίνονται αναφορές σε φιλοσοφικές θεωρήσεις, και ιδιαίτερα σε έγκυρους φιλοσόφους που διεξοδικά έχουν επεξεργαστεί θέματα αξιών και ηθικών απαιτήσεων, δίνοντας κατευθύνσεις για τη θεώρησή τους, όπως στον Αριστοτέλη και στον Καντ. Διαχρονικές είναι ακόμα οι αναφορές στην Ιπποκρατική Σχολή με την σταθερή απαίτηση η δεοντολογία να είναι αλληλένδετη με την άσκηση της ιατρικής, δίνοντας και ιδιαίτερη έμφαση στο απόρρητο.

Από την πλευρά της φιλοσοφίας, οι απόψεις του Αριστοτέλη, ο οποίος σε διάφορα έργα του έχει επεξεργαστεί ηθικά ζητήματα, φαίνεται ότι έχουν διαχρονική αποδοχή. Αξίζει μια ενδεικτική αναφορά στο πώς τοποθετεί τα ζητήματα και τις δυσκολίες, με επίκεντρο τη “μεσότητα σε σχέση με εμάς”, στα “Ηθικά Νικομάχεια”: η μεσότητα αυτή, που αντιστοιχεί στη σωστή ηθική στά-

ση, δεν είναι ένας απλός μέσος όρος ούτε μία υποκειμενική θέση, αλλά παραπέμπει σ’ εκείνη τη στάση που απέχει εξίσου, τόσο από τη συμπεριφορά που θα αποτελούσε υπερβολή όσο και από εκείνη που θα αποτελούσε έλλειψη – με βάση όμως τη δεδομένη περίπτωση κάθε φορά. Από την άποψη αυτή η μεσότητα βρίσκεται, όπως αναφέρει, στο πιο ψηλό σκαλί της ηθικής πράξης και είναι μια επίτευξη καθόλου εύκολη.

Αναγνωρίζοντας ο Αριστοτέλης ότι “η συμπεριφορά μας αποτελείται από επιμέρους πράξεις και ο θεωρητικός μας λόγος πρέπει να βρίσκεται σε συμφωνία με αυτές”, αναγνωρίζει και τη δυσκολία να βρεθεί το άριστο μέσα στην ποικιλία των καταστάσεων. Συνεπώς, αποκλίσεις προς την υπερβολή ή την έλλειψη, είναι αναμενόμενες. Σχολιάζει, ακόμη, ότι οι αποκλίσεις αυτές είναι αναπόφευκτες, αλλά και διδακτικές στην αναζήτηση της μεσότητας και του αρίστου. Μία πρακτική οδηγία, μάλιστα, που μας δίνει είναι ότι “μιας και είναι δύσκολο να πετύχεις το μέσον, ε-

# ΗΘΙΚΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

*Γ. Καραντάνος*

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

φάρμοσε αυτό που είναι ο αμέσως επόμενος καλύτερος τρόπος: διάλεξε το λιγότερο κακό”.

Φυσικά, η ανάλυση γίνεται σε φιλοσοφικό επίπεδο και ο Αριστοτέλης δεν αναφέρεται ειδικά στην ιατρική πράξη. Είναι δύσκολο ωστόσο να αρνηθούμε τις προφανείς αντιστοιχίες με τη σύγχρονη δεοντολογική οπτική, όταν αυτή έχει επίγνωση των δυσκολιών για την επίτευξη ισορροπίας – ή όπως το θέτει ο ίδιος ο Αριστοτέλης, “όσο πιο πολύ απομακρυνόμαστε από το λάθος και από το σφάλμα τόσο πιο εύκολα θα φτάσουμε στο μέσον”. Σημαντική είναι, επίσης, η θέση του Αριστοτέλη ότι οι ηθικές στάσεις είναι διδακτές, επίκτητες και ανήκουν στις έξεις, μπορούν επομένως να ενσωματωθούν στη συμπεριφορά του ανθρώπου – βρίσκει ότι η λέξη “ήθος” ετυμολογικά συνδέεται με το “έθος”. Μια τρέχουσα αντιστοιχία είναι ότι η δεοντολογία πρέπει να περιλαμβάνεται και να διδάσκεται στα προγράμματα ιατρικής κατάρτισης.

Συχνές είναι, επίσης, οι αναφορές στον Καντ, που επεξεργάστηκε ηθικά ζητήματα από πολλές απόψεις. Τελείως ενδεικτικά αναφέρουμε ότι η “κατηγορική προσταγή” θέτει θεωρητικά σε τόσο υψηλό επίπεδο κάθε ρύθμιση που έχει ηθικό στόχο –ώστε να μπορούσε να αποτελέσει ηθικό νόμο–προκειμένου όλα τα άτομα να αντιμετωπίζονται ως ηθικά ισότιμα. Κατ’επέκταση, κανένα άτομο δεν μπορεί να χρησιμοποιείται ως μέσο προς επίτευξη σκοπού, ούτε να γίνονται αποδεκτές πράξεις που, αν γενικευθούν, θα μπο-

ρούσαν να πλήξουν τα άτομα σε μία κοινωνία. Χρήσιμη είναι, επίσης, για τη δεοντολογική σκέψη η αναφορά στον τρόπο που ο Καντ αντιλαμβάνεται τον έλεγχο της υποκειμενικότητας –το ενδεχόμενο μία υποκειμενική κρίση να εκληφθεί λανθασμένα από το άτομο ως αντικειμενική– παραπέμποντας στον αναστοχασμό σε σχέση με την κοινή λογική, τον κοινό Λόγο, με την παράσταση δηλαδή που κάθε λογικός άνθρωπος θα είχε απέναντι στη συγκεκριμένη κάθε φορά εμπειρία ή κατάσταση. Αναφορές γίνονται, επίσης, και σε διάφορες άλλες θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες προσφέρονται για δεοντολογικούς προσανατολισμούς, πάντα στη βάση ότι δεν είναι αντιυθέμενες αλλά συμπληρωματικές, όπως στην Ηθική της Ωφελιμότητας (Utilitarianism) και κυρίως στις Βασικές Ηθικές Αρχές (Principlism) – οι τελευταίες έχουν ευρεία αποδοχή και μεγάλη πρακτική ισχύ.

Στο σημείο αυτό χρειάζονται μερικές διευκρινίσεις: στην εισαγωγή αυτή τα δεοντολογικά ζητήματα παρουσιάζονται και συζητούνται από τη σκοπιά του κλινικού ιατρού, της κλινικής παιδοψυχιατρικής πράξης, και όχι του ειδικού ή αρμόδιου να μιλήσει για θέματα κανονιστικά, νομικά ή ψυχιατροδικαστικά. Απαραίτητη είναι, επίσης, η αναφορά στον τρόπο που έγκυροι συγγραφείς συζητούν στη βιβλιογραφία τα δεοντολογικά ζητήματα κατά την άσκηση της παιδοψυχιατρικής, αναζητώντας τα σημεία που τυχάνουν ευρύτερης αποδοχής και συγκλίσεις. Διαρκής είναι ακόμη η αναφορά στους Κώδικες Δεοντολογίας,

οι οποίοι δίνουν τις βασικές κατευθυντήριες γραμμές.

Η δεοντολογία είναι αλληλένδετη με την κλινική πράξη και στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι –επιλέγοντας διάφορα σημεία και πτυχές που ουσιαστικά παραπέμπουν στη δεοντολογία– να προσπαθήσει να αναδείξει αυτήν την πραγματικότητα και ως ένα βαθμό τη σημασία της, και να θέσει μερικά ζητήματα. Φυσικά, το πεδίο είναι πολύ εκτεταμένο και διάφορα επιμέρους, αλλά πολύ σημαντικά από δεοντολογικής πλευράς, θέματα που προκύπτουν κατά την άσκηση ή τη συμμετοχή του παιδοψυχιάτρου σε διάφορα πλαίσια, απαιτούν ιδιαίτερη διαπραγμάτευση. Μία κατεύθυνση πάντως που γίνεται δεκτή είναι ότι από τις αρχές που πάγια διέπουν τη δεοντολογία της κλινικής παιδοψυχιατρικής πράξης απορρέουν και οι ιδιαίτερες διευθετήσεις σε πιο ειδικά πλαίσια. Η κατεύθυνση αυτή ακολουθείται και εδώ στην παρουσίαση των θεμάτων, σε σχέση με τα επίπεδα ή τις μεταβλητές που περιλαμβάνονται. Στο πρώτο μέρος, με αναφορά στις βασικές δεοντολογικές αρχές που ισχύουν για κάθε ειδικότητα, γίνεται μία τοποθέτηση των δεοντολογικών υποχρεώσεων αλλά και των δυσκολιών που σχετίζονται με αυτές, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες της Παιδοψυχιατρικής. Στο δεύτερο μέρος, με επίκεντρο το απόρρητο, γίνεται μία διαπραγμάτευση των δεοντολογικών ρυθμίσεων, περιλαμβάνοντας και τις νομικές υποχρεώσεις, φτάνοντας στις δικαστικές και ψυχιατροδικαστικές πτυχές των περιστατικών.

Στη δεοντολογική άσκηση της Ιατρικής, και αυτό ισχύει για κάθε ειδικότητα, γίνεται σταθερή αναφορά στις βασικές Αρχές τις οποίες ο ιατρός θα πρέπει να διαφυλάσσει και να ισορροπεί. Αρκετά παραστατική είναι η απόδοσή τους στην εικόνα ενός ισόπλευρου τριγώνου όπως το βλέπουμε σε όρθια θέση. Στην κορυφή του τριγώνου βρίσκεται η ακρογωνιαία αρχή του “ωφελείν”: να προσπαθεί δηλαδή ο ιατρός το καλύτερο δυνατόν για την υγεία, με βάση τις ανάγκες για παρέμβαση και θεραπεία που προκύπτουν από την κατάσταση του ασθενή, την αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας του, καθώς και την πρόληψη. Στην ίδια θέση εμφανίζεται και η άλλη όψη που δεοντολογικά πρέπει να σταθμίζεται, αυτή του “μη-βλάπτειν”. Οι δύο όψεις εμπεριέχονται ουσιαστικά στην ίδια αρχή που στη σύγχρονη δεοντολογία αποδίδεται ως: *beneficence/nonmaleficence*, έχοντας εμφανώς ιπποκρατική προέλευση. Παράλληλα, όμως, η τήρηση αυτής της αρχής πρέπει να εξισορροπείται ως προς τις δύο άλλες βασικές αρχές, της αυτονομίας και της απονομής δικαιοσύνης, που βρίσκονται στην κάτω αριστερή και στην κάτω δεξιά θέση του τριγώνου, αντίστοιχα. Ασφαλώς, το τρίγωνο των αρχών ισχύει και για την ψυχιατρική και την παιδοψυχιατρική. Υπενθυμίζονται στην συνέχεια μερικά σημεία για τη στοιχειοθέτηση ενός πλαισίου αναφοράς.

**A.** Στην αρχή της μέγιστης δυνατής ωφέλειας κεντρικό θέμα είναι η επαρ-

κής επιστημονική κατάρτιση του ιατρού και οι κλινικές του δεξιότητες, καθώς και η διαρκής ενημέρωσή του πάνω στις εξελίξεις της επιστήμης, που αποτελεί επίσης δεοντολογική του υποχρέωση. Στο πλαίσιο αυτό, η προσωπική του εμπειρία αναγνωρίζεται, επίσης, ως παράγοντας που συμβάλλει στην ωφέλεια, καθώς και η ελευθερία του για επιλογή θεραπείας, μέσα στα αποδεκτά από την επιστημονική κοινότητα δεδομένα. Με βάση την κατάρτισή του ο ιατρός οφείλει να προσφέρει αμέριστα σε κάθε ασθενή του, ανάλογα με τις ανάγκες της περίπτωσης.

**Β.** Η συντρέχουσα αρχή της αυτονομίας παραπέμπει στις αξίες του ατόμου, δηλαδή ο ιατρός, πρέπει να ενεργεί έτσι ώστε η προσωπικότητα και ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια να διαφυλάσσονται εξίσου. Σε επίπεδο κλινικής πράξης, δύο κυρίως θέματα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη: καταρχήν, το δικαίωμα του ασθενή να μπορεί να αποφασίζει ο ίδιος για οποιαδήποτε ιατρική πράξη θα γίνει στο σώμα του. Αυτό παραπέμπει στην υποχρέωση για ενημέρωση –με όσα πάλι προβλέπονται ώστε αυτή να είναι επαρκής– προκειμένου να ληφθεί η συγκατάθεση, “η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς”. Σημειώνεται ότι και η χορήγηση φαρμάκου ή η συνταγογράφηση αποτελούν ιατρικές πράξεις, όπως και η παραγγελία παρακλινικού ελέγχου, πρέπει επομένως και γι’ αυτά να γίνεται η ανάλογη ενημέρωση. Σε περιπτώσεις ανηλίκων, το δικαίωμα για ενημέρωση και συγκατάθεση μετατοπίζεται στους γονείς. Υπέρβαση της συ-

γκατάθεσης προβλέπεται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως σε επείγοντα περιστατικά.

Αλληλένδετη με το σεβασμό του προσώπου είναι η εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα που οφείλει ο ιατρός στον ασθενή, δηλαδή η δέσμευση από το απόρρητο και η τήρησή του. Σημειώνεται, ότι οι δύο αυτές δεοντολογικές υποχρεώσεις (ενημέρωση-συγκατάθεση/ τήρηση απορρήτου) είναι και νομικά κατοχυρωμένες: σύμφωνα με τοποθετήσεις νομικών, η μη τήρησή τους συνεπάγεται πειθαρχικές ή και νομικές κυρώσεις, αν όχι ποινικές, οπωσδήποτε υποχρέωση αποκατάστασης της πθικής βλάβης. Θέματα σχετικά με το απόρρητο στην Παιδοψυχιατρική θα συζητηθούν αναλυτικά παρακάτω. Εδώ σημειώνεται ακόμη ότι η δέσμευση στο απόρρητο ισχύει ακόμα κι αν έχει πάψει ο ιατρός να παρακολουθεί το συγκεκριμένο άρρωστο ή ακόμα κι αν ο ασθενής έχει πεθάνει. Ποικίλες δεσμεύσεις απορρέουν, επίσης, σχετικά με ανακοινώσεις ή δημοσιεύσεις περιστατικών ή σχολιασμούς στα ΜΜΕ.

**Γ.** Η τρίτη αρχή της απονομής δικαιοσύνης υπεισέρχεται σε διάφορα ζητήματα και επίπεδα της κλινικής πράξης. Συχνά μεταφράζεται ως “ίσση μεταχείριση”. Σημαίνει ότι ο ιατρός δεν μπορεί να κάνει διακρίσεις με βάση προσωπικές του απόψεις ή πεποιθήσεις σχετικά με ιδιότητες του ασθενή, όπως καταγωγή, φυλή, κοινωνικό επίπεδο, πολιτικά φρονήματα κ.λπ. Ακόμα και τα επιστημονικά ενδιαφέροντα του ιατρού δεν πρέπει να οδηγούν στο σημείο να προκαλούν διακρίσεις, όπως

για παράδειγμα να γίνεται επιλογή περιστατικών από το διευθυντή μιας μονάδας, η οποία προορίζεται να καλύπτει ποικιλία καταστάσεων.

Οι Αρχές αυτές αποτελούν, κατά κάποιον τρόπο, τα δεοντολογικά δεδομένα της ιατρικής πρακτικής. Οι κώδικες ιατρικής δεοντολογίας βασίζονται ουσιαστικά σε αυτές τις αρχές, απ' όπου και προκύπτουν οι κατευθυντήριες γραμμές. Στους γενικούς κώδικες για την ψυχιατρική περιλαμβάνεται ειδικό κεφάλαιο ή δίνονται ειδικές επεξηγήσεις, με βάση και τις ιδιαιτερότητες που συντρέχουν. Οι ψυχιατρικές εταιρείες, επίσης, έχουν εκδώσει κώδικες δεοντολογίας, όπως η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, και για την Παιδοψυχιατρική η Αμερικανική Ακαδημία Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων. Οι κώδικες, ασφαλώς, αποτελούν πλαίσια αναφοράς, έχει όμως εκτενώς συζητηθεί ότι οι κατευθύνσεις που δίνουν είναι μάλλον γενικές και ότι παραμένουν πολλά ανοικτά ζητήματα συζήτησης στην κλινική πράξη, αφού διλήμματα προκύπτουν συχνά.

Στην ψυχιατρική, το κλασικό παράδειγμα όπου θίγεται η αρχή της συγκατάθεσης προκειμένου να εξυπηρετηθεί η αρχή της ωφέλειας, είναι η περίπτωση της αναγκαστικής νοσηλείας. Στην κλινική πράξη ή στις ψυχοιατροδικαστικές πτυχές των περιστατικών, ζητήματα δεοντολογικής ισορροπίας προκύπτουν και στο επίπεδο όπου κανείς πρέπει να ζυγίσει τα δικαιώματα του παιδιού ή της οικογένειας έναντι των δικαιωμάτων της κοινωνίας, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις διαταραχών διαγωγής. Ένα άλλο κοινό παρά-

δειγμα που μπορεί να θέσει σε δοκιμασία ή να προκαλέσει ένταση, και στην οποία εμπλέκονται και οι τρεις αρχές, είναι μια σοβαρή περίπτωση ψυχογενούς ανορεξίας: η ανάγκη για νοσηλεία είναι επιτακτική, το παιδί αρνείται την εισαγωγή, ο ένας γονιός κατανοεί την ανάγκη ενώ ο άλλος δεν την συμμερίζεται, η απόφαση και η συναίνεση καθυστερούν και υπάρχει ένα μόνο διαθέσιμο κρεβάτι, ενώ περιμένει ένα άλλο ανάλογο περιστατικό που εκεί αποδέχονται την υπόδειξη για εισαγωγή.

Ο κώδικας δεοντολογίας της Αμερικανικής Ακαδημίας Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων (1980) προβλέπει ότι η παιδοψυχιατρική εργασία επιβάλλει αυξημένες ή πρόσθετες ηθικές υποχρεώσεις. Συγκεκριμένες παράμετροι, σύμφυτες στην άσκηση της Παιδοψυχιατρικής, συμβάλλουν σε αυτό καθώς τροφοδοτούν ιδιαιτερότητες που καθιστούν ιδιαίτερα περίπλοκη τη δεοντολογική ισορροπία ή το χειρισμό δυσκολιών που προκύπτουν στην πράξη. Έχουν να κάνουν με την ηλικία και την αναπτυξιακή ωριμότητα του παιδιού, την ανάγκη συμμετοχής των γονιών και τα δικαιώματά τους, καθώς και τη συνεργασία με πολλούς επιστημονικούς χώρους, ειδικότητες και πρόσωπα.

Η πρώτη παράμετρος έχει να κάνει με καθεαυτήν την πραγματικότητα “παιδί”. Ασφαλώς το παιδί δεν είναι ούτε

μικρογραφία του ενήλικου, ούτε κάτι ανολοκλήρωτο σε σχέση με αυτόν, και, επίσης, δεχόμαστε ότι δεν είναι παθητικός δέκτης αλλά συμμετέχει ενεργά στη διαμόρφωση των σχέσεων. Ωστόσο, ορισμένα ζητήματα που σχετίζονται με ανηλίκους, μπορεί και αντικειμενικά να αντιμετωπίζονται δύσκολα λόγω της ηλικίας, όπως είναι, για παράδειγμα, η αφομοίωση πληροφοριών σε θέματα κοινής κοινωνικής αντίληψης. Για ένα παιδί μπορεί να είναι δύσκολο να κατανοήσει το γιατί χρειάζεται να πηγαίνει στον παιδοψυχίατρο, γιατί αυτά που συζητούνται αποτελούν πρόβλημα ή γιατί χρειάζεται να παίρνει ένα φάρμακο. Μπορεί να είναι δύσκολο, επίσης, να κατανοήσει τις ηθικές δεσμεύσεις και τα καθήκοντα του ιατρού, σε σχέση με όσα οφείλει να προτείνει για τη θεραπεία του. Μολονότι γενικά δεχόμαστε ότι τα παιδιά γνωστικά και ψυχολογικά βρίσκονται ακόμη υπό διαμόρφωση, ωστόσο, η ωριμότητά τους, σε σχέση με την κατανόηση των παραπάνω, διαφέρει από παιδί σε παιδί. Η ηλικία δεν είναι το αποκλειστικό κριτήριο: πολύ μικρά παιδιά μπορεί ήδη να διαθέτουν ικανότητα κατανόησης, ενώ μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να δυσκολεύονται, ενδεχομένως, και από παράγοντες αντικειμενικούς, όπως συντρέχουσες αναπτυξιακές δυσκολίες, μειωμένη νοητική δυνατότητα κ.λπ. Σε κάθε περίπτωση, πάντως, ο παιδοψυχίατρος οφείλει να αναζητεί τρόπους να στηρίξει την παρουσία του παιδιού ως προσώπου, να βοηθήσει να γίνουν σεβαστές οι απόψεις και οι επιθυμίες του και, όσο γίνεται, το παιδί να συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων

που το αφορούν. Η αναφορά στη γνωστική και κοινωνική ωριμότητα του παιδιού είναι διαρκής, καθώς αποτελεί μια διάσταση απ' όπου προκύπτουν ζητήματα δεοντολογικής ισορροπίας.

Η επόμενη σημαντική παράμετρος που συνιστά ιδιαιτερότητα είναι ότι, καταρχήν, οι γονείς –φυσικοί ή θετοί ή όποιος έχει θέση κηδεμόνα– είναι εκείνοι που φέρνουν τα παιδιά στον παιδοψυχίατρο. Επίσης, η ανάπτυξη επαφής και επικοινωνίας, αλλά και η διαδικασία της διαγνωστικής εκτίμησης και αντιμετώπισης, εκτυλίσσονται διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο, μια συνθήκη δυναμικών σχέσεων προσώπων και περιβάλλοντος, διαφορετική από ό,τι με τους ενήλικους ψυχιατρικούς ασθενείς. Καθοριστικής σημασίας είναι η συμμετοχή και συνεργασία των γονέων, τόσο για όσα συνεισφέρουν στη διαγνωστική εκτίμηση όσο και για τη στάση τους, την αποδοχή και τη συνεργασία τους στη συνέχεια. Επιπλέον, οι γονείς έχουν και το νομικό δικαίωμα για ενημέρωση και συγκατάθεση.

Αρκετές φορές τα πράγματα εξελίσσονται ομαλά, αλλά δεν είναι και λίγες οι φορές που προκύπτουν δυσαρμονίες, με αντικρουόμενες στάσεις, με τις θέσεις των γονιών να επικρατούν ή με ανελαστικές τοποθετήσεις, που μερικές φορές φτάνουν να αντιβαίνουν ή να θέτουν σε δεύτερη μοίρα τις ανάγκες και τα συμφέροντα του παιδιού. Στις περιπτώσεις αυτές, στην κάτω αριστερή γωνία του τριγώνου, δημιουργείται μία “σύγχυση”. Δημιουργούνται δηλαδή ερωτήματα όπως “έναντι ποιου” οφείλει ο παιδοψυχίατρος ή “ποιου την αυτονομία, τις ανάγκες και τα συμφέροντα πρέ-

πει να προστατέψει και να υπηρετήσει”; Στο σημείο αυτό η θέση της Αμερικανικής Ακαδημίας Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων είναι σαφής: το παιδί είναι το επίκεντρο, μολονότι αναγνωρίζονται και οι ανάγκες της οικογένειας.

Η προέχουσα μέριμνα, επομένως, είναι πώς θα εξυπηρετηθούν καλύτερα οι ανάγκες του παιδιού και πώς θα αναληφθούν όσες πρωτοβουλίες ευνοούν την παρούσα και μακροπρόθεσμη αναπτυξιακή του πορεία (η γνωστή διατύπωση “for the best interest of the child” αποδίδει όλα όσα συνδέονται με αυτό). Συνακόλουθα, ο παιδοψυχίατρος λειτουργεί ως εκπρόσωπος του παιδιού, στην κατάσταση και στις ανάγκες του οποίου αναφέρεται ακόμα κι αν το παιδί δεν είναι παρόν. Αυτό πρέπει να το εξηγεί κανείς στους γονείς, διατηρώντας και το ενδιαφέρον του προς εκείνους, για παράδειγμα, όταν έρχονται για συμβουλευτική υποστήριξη ενόψει διαζυγίου. Συχνά, επίσης, μπορεί να βλέπει περισσότερο τους γονείς απ’ όσο το παιδί, ωστόσο και πάλι σε αυτό αναφέρεται, ακόμα κι αν το παιδί αρνείται να έρθει ή κι αν, όπως συμβαίνει μερικές φορές με τους έφηβους, έχει απορρίψει τη διαδικασία.

Βέβαια, οι δυσαρμονίες δεν αίρονται εύκολα, καθώς αρκετές φορές δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των γονιών ή έχουν την τάση να επιβάλλουν τις απόψεις τους. Μπορεί ο ένας γονιός να μην συμφωνεί ότι το πρόβλημα του παιδιού χρειάζεται επιστημονική προσέγγιση ή μπορεί να συμφωνούν σε αυτό, αλλά να υιοθετούν διαφορετικές στάσεις απέναντι στο πρόβλημα, π.χ. ο ένας να δέχεται την υπόδειξη για φαρμακοθεραπεία

κι ο άλλος να την αρνείται σθεναρά. Άλλοτε έρχονται προκατειλημμένοι για το τι χρειάζεται, π.χ. πιστεύουν, απ’ όσα έχουν διαβάσει, ότι το παιδί παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ και χρειάζεται το φάρμακο που το βοηθά, και άλλοτε το αντίθετο, ενώ, σε άλλες περιπτώσεις με τίποτα δεν μπορούν να διανοηθούν να δοθεί ένα ψυχοφάρμακο στο παιδί. Ακόμα πιο δύσκολες για την ισορροπία είναι οι περιπτώσεις γονιών με διαμορφωμένη ήδη άποψη για το τι φταίει και με δυσκολία να δουν τις επιπτώσεις από τη δική τους συμπεριφορά στα προβλήματα του παιδιού. Απέναντι σε όλ’ αυτά κινείται κανείς εξατομικεύοντας, εξαντλώντας τις προσπάθειες, αλλά και εκτιμώντας τα όρια συνεργασίας και διατήρησης της ευθύνης απέναντι στην κατάσταση του παιδιού. Με βάση τα παραπάνω, το παιδί βρίσκεται στο επίκεντρο, συνυπολογίζεται ωστόσο ότι και η μείωση της οικογενειακής δυσλειτουργίας και η καλύτερη ρύθμιση των σχέσεων παραπέμπουν, επίσης, στο “βέλτιστο για το παιδί”. Επομένως εδώ, η προώθηση της ψυχικής υγείας, που έγκειται στην αρχή της ωφέλειας, περιλαμβάνει αρκετά περισσότερα απ’ όσα θα αντιστοιχούσαν στη θεραπεία με μια πιο στενή ιατρική έννοια.

Η τρίτη παράμετρος είναι ότι η παιδοψυχιατρική εργασία καθημερινά περιλαμβάνει συνεργασίες ή παρεμβάσεις από άλλους χώρους και πρόσωπα: σχολεία και δασκάλους, ιδρύματα και προσωπικό, ειδικούς ψυχικής υγείας που δεν είναι ιατροί, και μπορεί να μοιράζονται ένα μέρος της κλινικής δουλειάς, ιατρούς άλλων ειδικοτήτων που μπορεί να είναι οι παραπέμποντες ή στους ο-

ποίους μπορεί να χρειαστεί να παραπέμψουμε το περιστατικό, νοσηλευτικό προσωπικό σε μονάδες εσωτερικής νοσηλείας, τις πολύπλοκες συνεργασίες στο επίπεδο της διασυνδευτικής, αναφορές προς ασφαλιστικούς φορείς κ.λπ. Ο παιδοψυχίατρος, στο πλαίσιο της κλινικής ευθύνης του, πρέπει να είναι γνώστης των παρεμβάσεων και των τακτικών που ακολουθούνται και πολλές φορές χρειάζεται πολύ εργασία για επιτυχείς εξισορροπήσεις σε αυτό το επίπεδο, που πάλι περιλαμβάνει ρύθμιση σχέσεων. Για τους λόγους αυτούς, το να αναπτύξει δεξιότητες συνεργασίας είναι και δεοντολογική του υποχρέωση. Διάφορα άλλα θέματα τίθενται στο επίπεδο αυτό, καθώς και θέματα σχετικά με το απόρρητο, που θα συζητηθούν παρακάτω.

Στη δεοντολογική ισορροπία κεντρική θέση έχει η ρύθμιση και τήρηση σωστής οριοθέτησης της σχέσης με τον ασθενή (boundaries). Η ιδιαίτερη επεξήγηση της Αμερικανικής Ιατρικής Εταιρείας για την ψυχιατρική αναφέρει: “ο ασθενής μπορεί να εμπιστευθεί απόλυτα τον ψυχίατρο, γνωρίζοντας ότι η δεοντολογία και η επαγγελματική του υπευθυνότητα αποκλείουν την περίπτωση να τον εκμεταλλευτεί προκειμένου να ικανοποιήσει δικές του ανάγκες. Ο ψυχίατρος πρέπει να έχει διαρκή επαγρύπνηση σχετικά με τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς του στα όρια της σχέσης ιατρού-ασθενούς, και επομένως στο καλώς-έχειν του ασθενή. Η τήρηση των απαιτήσεων αυτών από τη μεριά του ψυχίατρου αποβαίνει ιδιαίτερα σημαντική, με βάση το γεγονός ότι “η οικοδόμηση σχέσης μαζί του είναι αυστηρώς ιδιωτική, πολύ προ-

σωπική και μερικές φορές έντονα φορτισμένη στη φύση της” (American Psychiatric Association, 1993). Με αναφορά στη ρύθμιση της οριοθέτησης, έμφαση δίνεται, επίσης, στην επαγρύπνηση σχετικά με αντιμεταβιβαστικά ολισθήματα, καθώς και στον έλεγχο για τυχόν υπερβολική ταύτιση, π.χ. με τον έναν από τους γονείς. Τα παραπάνω είναι, επίσης, σημαντικά στο χειρισμό και στην καθοδήγηση των παιδοψυχιατρικών περιστατικών, μαζί με την υπενθύμιση ότι στην επαφή με τα παιδιά και τους έφηβους ο παιδοψυχίατρος λειτουργεί και ως πρότυπο. Σε κάθε περίπτωση, η καλή οριοθέτηση είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης διεξαγωγής και προσφέρει άνεση και ελευθερία σκέψης. Σε ένα άλλο επίπεδο, σημαντική είναι, επίσης, και η δεοντολογική οριοθέτηση απέναντι στους άλλους συναδέλφους.

Στην τρέχουσα παιδοψυχιατρική πράξη, η αναφορά σε αυτές τις παραμέτρους και ιδιαιτερότητες –παιδί, γονείς, ρύθμιση σχέσεων, οριοθέτηση, το καλύτερο για το παιδί– είναι διαρκής. Συνακόλουθα, η δεοντολογική ρύθμιση ενσωματώνεται στην κλινική πράξη και συντρέχει εξ αρχής στην προσέγγιση των περιστατικών μας, με αναμενόμενες ωστόσο και τις δυσκολίες ή τα σχετικά διλήμματα. Περισσότερα ή πιο περίπλοκα δεοντολογικά ζητήματα αναμένεται να προκύψουν κατά την άσκηση της παιδοψυχιατρικής σε ορισμένα πλαίσια, όπως στη διασυνδευτική και σε παιδοψυχιατρικές μονάδες εσωτερικής νοσηλείας (τα σύνθετα θέματα σε αυτά τα επίπεδα απαιτούν ιδιαίτερη διαπραγμάτευση, ιδίως με τις σημερινές εξελίξεις).

Νομικές, δικαστικές ή ψυχιατροδικαστικές πλευρές των περιστατικών και των καταστάσεων που τα πλαισιώνουν θέτουν, επίσης, σε ιδιαίτερη δοκιμασία τη δεοντολογική ισορροπία ή τις απαιτήσεις στα ηθικά διλήμματα, ιδίως όταν ο παιδοψυχίατρος πρέπει να γνωματεύσει προς το δικαστήριο ή όταν βρίσκεται στη θέση του πραγματογνώμονα. Από την άποψη αυτή, η αναφορά στο απόρρητο αποτελεί μια βασική παράμετρο. Η κατεύθυνση που δίνουν οι κώδικες είναι ότι “ο ψυχίατρος οφείλει δέσμευση στην εμπιστευτικότητα, στο βαθμό που είναι δυνατόν, με δεδομένο και το νομικό πλαίσιο”. Πέρα από τις προβλεπόμενες εξαιρέσεις, όπως π.χ. στην περίπτωση επικινδυνότητας προς τον ίδιο ή τους άλλους, δεοντολογικά ζητήματα τίθενται ως προς “την έκταση της εμπιστευτικότητας”, ιδίως όταν προκύψει νομική υποχρέωση του παιδοψυχίατρο να γνωματεύσει ή να καταθέσει για τον ασθενή του. Αλλά και στη θέση του πραγματογνώμονα, μολοντί εδώ το απόρρητο αίρεται με ορισμένη έννοια, πάλι παραμένουν δεοντολογικές υποχρεώσεις του, τόσο σχετικά με τους στόχους της πραγματογνωμοσύνης όσο και σε σχέση με συντρέχουσες ψυχιατρικές ανάγκες του εξεταζόμενου.

Μια βασική διαφορά εντοπίζεται στις ιδιαίτερες οριοθετήσεις που επιβάλλει η θέση του πραγματογνώμονα, με κεντρικό σημείο τη διάκριση από το θεραπευτικό έργο, όλες οι άλλες, όμως, κλινικές και ηθικές υποχρεώσεις παραμένουν. Στη συνέχεια, ακολουθώντας αυτή την κατεύθυνση, με διαρκή αναφορά στο απόρρητο, συζητούνται δεο-

ντολογικά ζητήματα σε διάφορα επίπεδα της κλινικής πράξης, καταλήγοντας στην ψυχιατροδικαστική πραγματογνωμοσύνη. Στο τελευταίο αυτό επίπεδο, συζητούνται, επίσης, ενδεικτικά μερικά ζητήματα για την ενότητα αυτής της εισαγωγής.

Έχει ειπωθεί ότι η ψυχιατρική συνέντευξη είναι η τέχνη να εκλύονται συναισθήματα και να αναδεικνύονται γεγονότα, πραγματικά ή και ψυχολογικά. Παράλληλα, για την προώθηση των στόχων μιας ψυχολογικής – θεραπευτικής προσέγγισης, η εγκατάσταση μιας διαπροσωπικής σχέσης ανάμεσα στο παιδί ή στον έφηβο και στον/στην παιδοψυχίατρο είναι ουσιαστική προϋπόθεση. Τα παιδιά, και ιδιαίτερα οι έφηβοι, ξεχωρίζουν σκέψεις, τάσεις και συναισθήματα ως δικά τους, ακόμα κι αν ανάγουν την αφετηρία τους στις φορτισμένες αλληλεπιδράσεις τους με τους γονείς ή με τα άλλα μέλη της οικογένειας. Συχνά ακούμε έναν έφηβο να λέει “θέλω να σας μιλήσω γι’ αυτό αλλά μην το πείτε στους γονείς μου”. Αντιλαμβάνονται, επίσης, πράγματα ως ιδιωτικά. Αρκετές φορές στην κοινή συνέντευξη με το παιδί και τους γονείς, ή και με όλη την οικογένεια, βλέπουμε ένα μικρό παιδί να ενοχλείται και να αντιδρά άμεσα επειδή ο γονιός ανέφερε κάτι –μια συμπεριφορά, μια συνήθεια, αλλά και κάποιους από

τους τρόπους του να παίζει– δείχνοντας ότι θεωρεί το ζήτημα αυτό προσωπικό ή κάτι που πρέπει να μένει μόνο στα όρια του σπιτιού και της οικογένειας. Συχνά οι γονείς διευκολύνουν τη δυνατότητα της κοινολόγησης πραγμάτων στο πλαίσιο της οικογένειας λέγοντας ότι “εδώ πρέπει να τα λέμε όλα γιατί μόνο έτσι θα καταλάβει ο ιατρός και θα μπορέσει να μας βοηθήσει”. Ο παιδοψυχίατρος, πάλι, εγγυάται ότι, από τη μεριά του, πραγματικά “ό,τι λέμε μένει εδώ”. Αυτά δείχνουν πως, εκ προοιμίου, νοητά ή ρητά, εισηγούμαστε στο παιδί τη συνθήκη της προσέγγισης με ένα τρόπο εμπιστευτικότητας, ξέροντας ταυτόχρονα ότι το να μεταδοθεί αυτό είναι βασικό για να μπορέσει η διαδικασία να προχωρήσει κατά το δυνατόν ομαλά και αποτελεσματικά. Ακριβώς γι’ αυτό, παίρνουμε υπόψη το πώς τα παιδιά συχνά αντιλαμβάνονται αυτά τα θέματα, που σε μικρότερες ηλικίες μπορεί να μην τα θεωρούν αυτονόητα, και σε μεγαλύτερες, ιδίως οι έφηβοι, να επιφυλάσσονται ή και να τα αμφισβητούν. Πρέπει να δίνει κανείς την ευκαιρία στο παιδί να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του για τη συνάντηση και για ότι συζητήθηκε με τους γονείς του προηγουμένως. Να απαντάει στις απορίες και στις ενστάσεις του και να εξηγεί με τρόπο προσαρμοσμένο στην αναπτυξιακή και χρονολογική του ηλικία, δίνοντας χρόνο γι’ αυτές τις διευκρινίσεις. Εκτός των άλλων, διευκολύνεται έτσι και η καλλιέργεια διάθεσης συγκατάθεσης από τη μεριά του παιδιού, που και αυτό ανήκει στη δεοντολογία. Στην προσπάθεια να διαμορφωθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, το λε-

πτό ζήτημα είναι ότι, εκτός από το ότι δεν θα βγουν πράγματα προς τα έξω, το παιδί πρέπει να αισθάνεται ασφάλεια και για όσα θα συζητηθούν ανάμεσα στο ίδιο και στους γονείς ή και τα άλλα μέλη της οικογένειάς του. Για παράδειγμα, ότι δεν θα θυμώσουν οι γονείς αν σχολιάσει κάποιος από τις απόψεις ή τις συμπεριφορές τους. Χρειάζεται να εκτιμήσει κανείς κατά πόσο και οι γονείς μπορούν να δεσμευθούν σε αυτό. Όλα αυτά, βέβαια, είναι ζήτημα συνολικού χειρισμού και καθοδήγησης με βάση τα δεδομένα της κάθε περίπτωσης.

Οποσδήποτε, μια δεοντολογική διευκρίνιση από την αρχή ή στα πρώτα στάδια της προσέγγισης βοηθάει πολύ ώστε κατά τη ροή της διαδικασίας να μην τίθενται θέματα απορρήτου –με τη δεοντολογική έννοια– μεταξύ των μελών της οικογένειας. Παράλληλα, το κλειδί είναι να διατηρείται και η δυνατότητα διαπροσωπικής σχέσης με το παιδί, που είναι το επίκεντρο. Έτσι, από τη μια μεριά χρειάζεται να διαμορφωθεί ένα κλίμα ευρύτερης εμπιστοσύνης, που με αποδοχές και συμφωνίες να επιτρέπει την κοινολόγηση πληροφοριών μεταξύ των μελών, αφού ένας από τους βασικούς στόχους κάθε προσέγγισης είναι η καλύτερη επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Από την άλλη, με αναφορά στη διαπροσωπική σχέση με το παιδί, πρέπει διαρκώς κανείς να ελέγχει τη ροή από το προσωπικό στο κοινολογούμενο και να εκτιμά τι εξακολουθεί να μένει προσωπικό δεδομένο του παιδιού, σε σχέση με επιθυμίες, συναισθήματα και εμπειρίες του, ακόμα και σε σχέση με πτυχές της ψυχοπαθολογίας του.

Σημαντικό είναι να μεταδίδεται στο παιδί η βεβαιότητα ότι δεν μεταφέρονται αδιάκριτα πράγματα από τη μία πλευρά προς την άλλη. Δυσκολίες, ωστόσο, στη ροή της πληροφορίας μπορεί να προκύπτουν και από την αντίθετη κατεύθυνση, από τους γονείς προς το παιδί. Μερικές φορές οι γονείς αποκαλύπτουν πράγματα στον ιατρό, που αφορούν το παιδί, με τη δέσμευση να μην του τα μεταφέρει. Σε άλλες περιπτώσεις, σε χωριστή συνάντηση με τον ιατρό, ο ένας γονιός αποκαλύπτει κάτι σημαντικό και η επιθυμία του είναι να μη μεταφερθεί στον άλλο, φυσικά ούτε και στο παιδί. Πολλά είναι αυτά που πρέπει να εκτιμηθούν σε αυτές τις περιπτώσεις, η δεοντολογική ισορροπία μπαίνει σε δοκιμασία, ενώ μπορεί οι στάσεις αυτές να ακυρώσουν τελικά τη θεραπευτική διαδικασία. Σημαντική διάσταση είναι επίσης εδώ, η εκτίμηση κατά πόσον αυτά που ζητείται να μην ανακοινωθούν σχετίζονται με τις δυσκολίες για τις οποίες ζητείται η παρέμβαση του ειδικού.

Γενικότερα μιλώντας, ακόμη και η κοινοποίηση της διάγνωσης αρκετές φορές απαιτεί λεπτό δεοντολογικό χειρισμό, παίρνοντας υπόψη την ανάγκη ενημέρωσης και συμμετοχής των γονιών –στην ενημέρωση, εξάλλου, έχουν και νομικό δικαίωμα– αλλά και την ετοιμότητά τους να αποδεχθούν τη διάγνωση. Το ζητούμενο είναι να γίνει η ενημέρωση με τέτοιο τρόπο, ώστε να κατανοηθούν σωστά οι συμπεριφορές του παιδιού, να διαμορφωθούν οι προσφορότερες στάσεις απέναντί του, να γίνει καλύτερα αποδεκτό, ενώ θα διατηρείται η ισορροπία στις σχέσεις. Όλα αυτά συ-

χνά δεν είναι εύκολα: η διάγνωση δεν μπορεί να μείνει απόρρητη από τους γονείς, αλλά θα πρέπει να ελέγχει κανείς και τη διαδικασία μέσα από την οποία θα κοινοποιηθεί. Με το θέμα αυτό συνδέεται και το πότε και πώς θα πρέπει το ίδιο το παιδί να ενημερωθεί για τη φύση των δυσκολιών του, ιδίως όταν αναμένεται ότι αυτές θα εξακολουθούν να επηρεάζουν τη λειτουργία του (π.χ. σε περίπτωση συνδρόμου Tourette ή Asperger). Όπως θα φανεί και παρακάτω, ενημέρωση, συγκατάθεση και απόρρητο είναι αλληλένδετα.

Μολονότι συνήθως δεν τίθενται ζητήματα μη τήρησης του απορρήτου, με τη νομική έννοια, όταν ο παιδοψυχίατρος ανακοινώνει ή αποκαλύπτει διαπιστώσεις του παιδιού για τους γονείς του, οι δεοντολογικές δεσμεύσεις παραμένουν. Περνώντας ιδίως στην εφηβεία, μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς διλήμματα και να καταλήξει στην εκτίμηση ότι ορισμένες εμπειρίες πρέπει να μείνουν εις γνώσιν μόνο του παιδιού, ακόμη και έναντι των γονιών του.

Ορισμένες παράλληλες διαπιστώσεις βοηθούν στη διαμόρφωση ενός πλαισίου αναφοράς:

Με βάση το γεγονός ότι το κάτω των 18 ετών παιδί χαρακτηρίζεται ανήλικο, μια αρκετά εύστοχη τακτική είναι να αντιμετωπίζουμε τα δικαιώματα των παιδιών στο απόρρητο κατά μήκος ενός συνεχούς, όπου τα πιο μικρά παιδιά έχουν τα λιγότερα δικαιώματα, ενώ οι έφηβοι τα περισσότερα, αλλά όχι α-

κόμη στο βαθμό που αντιστοιχεί στους ενήλικους.

Συναφές είναι το γεγονός ότι ορισμένες πολιτείες της Αμερικής έχουν προχωρήσει στην κατοχύρωση νομικών δικαιωμάτων σε ηλικίες μικρότερες των 18 ετών, που επιτρέπουν στον έφηβο να ζητήσει ψυχολογική βοήθεια χωρίς να ενημερωθεί ο γονέας. Πρόκειται για ρύθμιση που δείχνει ότι απόρρητο και συγκατάθεση είναι αλληλένδετα στην αρχή της αυτονομίας. Επομένως, μια πιο “προχωρημένη” νομική ρύθμιση αλλάζει αρκετά το τοπίο και οπωσδήποτε μπορεί να λαμβάνεται υπόψη στον προσανατολισμό μας.

Πολύ σημαντική είναι η παράλληλη διαπίστωση ότι πολλές φορές οι έφηβοι αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχολογική στήριξη ή ότι θα ήταν καλό να μιλήσουν με κάποιον ειδικό για τα ψυχολογικά τους προβλήματα, αλλά διστάζουν και το αποφεύγουν, επειδή φοβούνται ότι δεν είναι εξασφαλισμένη η εχεμύθεια. Όσο για το δικαίωμα των γονιών να φέρουν έναν έφηβο για εξέταση, το παιδί μπορεί να ακυρώσει την προσέγγιση απλά με το να μη μιλήσει.

Από την άλλη μεριά, το θέμα πάντα είναι πώς μπορεί να ικανοποιηθούν πληρέστερα οι ανάγκες του εφήβου, πρόβλημα που δεν αντιμετωπίζεται απλά με την τήρηση του απορρήτου. Ακόμα κι αν νομικά επιτρέπεται αυτή η αυτονομία στον έφηβο, είναι φορές που ο παιδοψυχίατρος εκτιμά ότι χρειάζεται να συμμετέχουν και οι γονείς, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι θεραπευτικοί στόχοι. Εφόσον αυτή είναι η εκτίμηση, ο ιατρός χρειάζεται να εξαντλεί τις

προσπάθειές του στο πλαίσιο της διαπροσωπικής σχέσης με το παιδί, ώστε με τον πιο πρόσφορο τρόπο να συμπεριληφθούν και οι γονείς.

Επιστρέφοντας στην κλινική πράξη, πρέπει να επισημάνουμε ότι η δυσκολία στην εξισορρόπηση, βρίσκεται στην εύρεση της χρυσής τομής ανάμεσα στην επιθυμία του έφηβου για εμπιστευτικότητα, με σημαντικό επιχείρημα ότι συχνά οι έφηβοι θεωρούν τις απόψεις των γονιών αμετάθετες, και στην ανάγκη ή στην αξίωση των γονιών να γνωρίζουν πράγματα προσωπικά του, γεγονός που συχνά απηχεί και τις δικές τους ανασφάλειες. Ιδιαίτερα στην περίοδο της εφηβείας, οι όσο το δυνατόν ξεκάθαρες δεοντολογικές διευκρινίσεις και προς τις δύο πλευρές, από την αρχή, βοηθούν την προσέγγιση.

Μια ιδιαίτερη αναφορά θα άξιζε να γίνει εδώ στα δεοντολογικά ζητήματα που τίθενται σε σχέση με τη χρήση ουσιών, καθώς πολλοί γονείς προσέρχονται με αυτή την ανησυχία ή τις υποψίες και συχνά βασικό αίτημά τους είναι ο παιδοψυχίατρος να το ανιχνεύσει. Η πράξη δείχνει ότι οι στάσεις των γονιών απέναντι στο θέμα της χρήσης ουσιών μπορεί να κυμαίνονται από το ένα άκρο στο άλλο: περιπτώσεις που οι γονείς, με βάση συμπεριφορές που είναι πολύ συνηθισμένες στους έφηβους ή με πολύ περιφερικές ενδείξεις, αντιμετωπίζουν το παιδί σαν να είναι ήδη χρήστης, ενώ δεν είναι, και περιπτώσεις που, ενώ η χρήση είναι επιβεβαιωμένη, το αντιμετωπίζουν σαν αποκλειστικά οικογενειακή υπόθεση που πρέ-