



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΙΚΟΣ Κ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ

ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Οδηγός εκπαίδευσης

Για τους νεοεισερχόμενους ειδικευόμενους της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής ΕΚΠΑ



Επιμέλεια: Μαρία Μαργαρίτη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής

ΑΘΗΝΑ, 2021

(Επικαιροποιημένη έκδοση 2023)

Για τη συγγραφή συνεργάστηκαν οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι (σε αλφαβητική σειρά):

Βασιλική Γαρυφαλή

Όλγα Εξάρχου

Μαρία Ζησίμου

Ανδρέας Πρεντάκης

Περιεχόμενα

I. Εισαγωγή

Λίγα λόγια για την Ψυχιατρική Κλινική

II. Γενικό μέρος

Η Ψυχιατρική ειδικότητα στο Αιγινήτειο

Η Οργάνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος

III. Ειδικό μέρος

Η Κλινική άσκηση

Τμήματα Νοσηλείας

Εξωτερικά Ιατρεία

Κοινωνική Ψυχιατρική

Διασυνδετική Ψυχιατρική

Ψυχιατροδικαστική

Παιδοψυχιατρική

Μονάδα Ψυχοθεραπειών

Θεωρητική Εκπαίδευση

Εκπαίδευση στις Ψυχοθεραπείες

Εκπαίδευση στην έρευνα

IV. Επαγγελματικός Προσανατολισμός

V. Εκπαιδευτικό υλικό και Βιβλιογραφία

VI. Παραρτήματα

A. Ιατρονομικά ζητήματα στην Ψυχιατρική

B. Διαχείριση δύσκολων καταστάσεων

ΟΔΗΓΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΕΟΕΙΣΕΡΧΟΜΕΝΟΥΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ Α΄ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΕΚΠΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με μεγάλη χαρά, σας παρουσιάζουμε το εγχειρίδιο - οδηγό για την ειδίκευση στην Ψυχιατρική στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Αυτός ο οδηγός στοχεύει να σας βοηθήσει στα πρώτα σας βήματα κατά τη διάρκεια της ειδίκευσής σας στην Ψυχιατρική. Πρόκειται για ένα εγχειρίδιο στο οποίο θα βρείτε χρήσιμες πληροφορίες για το πρόγραμμα εκπαίδευσης που σας παρέχει η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ και συγκεκριμένα:

1. Τον τρόπο οργάνωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος
2. Τις κλινικές δομές και υπηρεσίες που διατίθενται στην εκπαίδευση (οργάνωση, τρόπος λειτουργίας και ψυχοπαθολογικές καταστάσεις αναφοράς)
3. Τις δεξιότητες και τους στόχους που καλείστε να πετύχετε με τη συνεργασία και τη συμβολή των εκπαιδευτών σας
4. Το Θεωρητικό Πρόγραμμα μαθημάτων (περιγραφή, εκπαιδευτικές ενότητες και κύκλοι εκπαίδευσης)
5. Την Ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση (εκπαιδευτές, είδη ψυχοθεραπειών και τι περιλαμβάνουν τα βασικά προγράμματα ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης)
6. Την εκπαίδευση στην έρευνα, ερευνητική δραστηριότητα και δυνατότητες - ευκαιρίες για τους ειδικευόμενους
7. Επαγγελματικός προσανατολισμός
8. Εκπαιδευτικό υλικό - ηλεκτρονικούς συνδέσμους και χρήσιμη βιβλιογραφία
9. Παραρτήματα που περιέχουν:
 - A) Τον κώδικα δεοντολογίας, ηθικές και ιατρονομικές προεκτάσεις κατά την άσκηση της Ψυχιατρικής και
 - B) Θέματα ασφάλειας και τη διαχείρισή τους

Λίγα λόγια για την Ψυχιατρική Κλινική

Η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών στεγάζεται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Το Αιγινήτειο ιδρύθηκε το 1904 με πρωτοβουλία του πρώτου καθηγητή Μιχαήλ Κατσαρά, μαθητή του J.M. Charcot, χάρη στο κληροδότημα του Διονυσίου και της Ελένης Αιγινήτου (βασιλικό διάταγμα 19/7/1904). Στέγασε από την ίδρυσή του την ενιαία Νευρολογική - Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου της Αθήνας και εξακολουθεί μέχρι και σήμερα, μετά τον διαχωρισμό των δύο κλινικών ειδικοτήτων (1963) να στεγάζει και τις δύο κλινικές. Η Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου από το 2003 με την ίδρυση και της δεύτερης Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στο “Αττικόν” Νοσοκομείο, μετονομάστηκε σε Α΄ Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών. Από ιδρύσεώς της το 1963 πρωτοστατεί στον χώρο της Ψυχικής Υγείας στη χώρα μας, ως προς τη δημιουργία καινοτόμων ψυχιατρικών υπηρεσιών, τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων, την ερευνητική δραστηριότητα, καθώς και τα πολύπλευρα εκπαιδευτικά προγράμματα που παρέχει σε όλο το φάσμα των λειτουργιών της Ψυχικής Υγείας. Έχει διακριθεί διαχρονικά για την προσφορά της στην εκπαίδευση μέσω των σύγχρονων και ολοκληρωμένων προγραμμάτων θεωρητικής και πρακτικής κατάρτισης που παρέχει σε προπτυχιακό, μεταπτυχιακό επίπεδο και σε επίπεδο συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακά Τμήματα Νοσηλείας, δομές ανοιχτής Ψυχιατρικής Περίθαλψης, όπως το Νοσοκομείο Ημέρας και το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής, Γενικά Τακτικά Ιατρεία παρακολούθησης εξωτερικών ασθενών αλλά και Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία για ψυχικές διαταραχές που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας, Ιατρεία αντιμετώπισης Επειγόντων Περιστατικών, υπηρεσία παρέμβασης και σταθεροποίησης για την κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές χωρίς την ανάγκη νοσηλείας, υπηρεσία παρέμβασης για την πρώιμη ψύχωση και το πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, μονάδα αντιμετώπισης των ουσιοεξαρτήσεων, τμήματα Ψυχοθεραπειών διαφορετικών προσεγγίσεων (Γνωσιακή, Συμπεριφορική, Ψυχοδυναμική και Οικογένειας) καθώς και Εργαστηριακές Μονάδες και Ερευνητικά Εργαστήρια.

II. Γενικό μέρος

Η Ψυχιατρική ειδικότητα στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Η Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών παρέχει πλήρη εκπαίδευση στην Ψυχιατρική ενηλίκων και διαθέτει 29 θέσεις ειδικευομένων που τοποθετούνται στην κλινική μέσω λίστας αναμονής από το Υπουργείο Υγείας.

Το πρόγραμμα κυκλικής κλινικής εκπαίδευσης που εφαρμόζει η Ψυχιατρική Κλινική είναι συμβατό με το ΠΔ του 2019 (ΦΕΚ 2745/Β/3-7-2019) το οποίο βασίζεται στις οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ψυχιατρικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ειδικευμένων Ιατρών (EBA, UEMS) και στα ελληνικά δεδομένα και σύμφωνα με το οποίο οι ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής οφείλουν να ολοκληρώσουν την πενταετή εκπαίδευσή τους για την απόκτηση της ειδικότητας με ενιαία τοποθέτηση ως ακολούθως:

- Βασική εκπαίδευση 6 μηνών στην Παθολογία
- Βασική εκπαίδευση 6 μηνών στη Νευρολογία
- Ειδική εκπαίδευση 48 μηνών στην Ψυχιατρική, εκ των οποίων:
 - 30 μήνες στη Γενική Ψυχιατρική
 - 1-3 μήνες στην Ψυχιατροδικαστική
 - 3 μήνες στη διασυνδεδετική Ψυχιατρική
 - 1-3 μήνες στην Ψυχογηριατρική
 - 1-3 μήνες στην Ψυχιατρική των εξαρτήσεων
 - 0-3 μήνες στην Ψυχιατρική Παιδιού και εφήβου
 - 3 έως 6 μήνες στην Κοινωνική Ψυχιατρική – πρώιμη παρέμβαση

Ειδική μέριμνα λαμβάνει η Κλινική, ώστε η άσκηση στην Παθολογία και τη Νευρολογία να ολοκληρώνεται τον πρώτο χρόνο και να μη διακόπτεται η ροή της εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική.

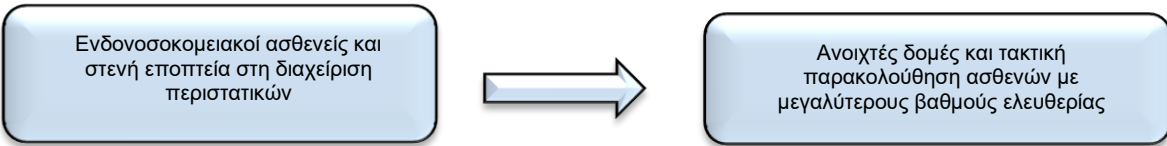
Η οργάνωση του εκπαιδευτικού προγράμματος

Την ευθύνη της διάρθρωσης και της οργάνωσης του εκπαιδευτικού προγράμματος για την ειδίκευση στην Ψυχιατρική έχει η Διεύθυνση της Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου και ο υπεύθυνος του εκπαιδευτικού προγράμματος (μέλος ΔΕΠ) συνεπικουρούμενος από τον συντονιστή του εκπαιδευτικού προγράμματος που είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία της κυκλικής εναλλαγής στις μονάδες της κλινικής. Στην εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος και στη διαφύλαξη των στόχων του, σημαντικό ρόλο έχουν οι ίδιοι οι ειδικευόμενοι, μέσω κυρίως της εκλεγμένης επιτροπής των ειδικευόμενων για την εκπαίδευση. Οι υπεύθυνοι εκπαίδευσης συναντώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, αλλά η συνεργασία των μελών ΔΕΠ με τους ειδικευόμενους είναι καθημερινή.

Κατά την άφιξή του ένας νέος ειδικευόμενος θα έχει μια προγραμματισμένη συνάντηση με τον υπεύθυνο του εκπαιδευτικού προγράμματος, θα ενημερωθεί για το πρόγραμμα, θα έλθει σε επαφή με τον συντονιστή της εκπαίδευσης προκειμένου να ενταχθεί στο σύστημα της κλινικής εκπαίδευσης και θα γνωριστεί με τους συναδέλφους του προκειμένου να τον βοηθήσουν στα πρώτα του βήματα και στην εξοικείωση με την κλινική και τις δραστηριότητές της. Εντός του πρώτου μήνα της εκπαίδευσής του, ο ειδικευόμενος θα συνδεθεί με ένα μέλος ΔΕΠ, ο οποίος θα είναι ο σύμβουλος της εκπαίδευσής του («μέντορας») για όλο το διάστημα της θητείας του ως ειδικευόμενος και ο οποίος θα τηρεί το αρχείο της πορείας του ειδικευόμενου.

Καθ' όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής του και σε κάθε χώρο άσκησης, ο ειδικευόμενος βρίσκεται κάτω από την εποπτεία των εκπαιδευτών από τους οποίους καθοδηγείται και αξιολογείται εποικοδομητικά με στόχο την επιτυχή ανάπτυξη των δεξιοτήτων του και την απόκτηση των γνώσεων που συνδέονται με την άσκησή του στα επιμέρους εκπαιδευτικά αντικείμενα. Συγχρόνως όμως με το εκπαιδευτικό πρόγραμμα, καθώς αυξάνεται η εμπειρία, οι γνώσεις και οι δεξιότητες που αποκτά ο ειδικευόμενος, ενθαρρύνεται η μεγαλύτερη ανάληψη ευθυνών από τους ειδικευόμενους.

Το πρόγραμμα κλινικής εκπαίδευσης ακολουθεί τον κανόνα από την πιο στενά εποπτευόμενη άσκηση στην πιο χαλαρά εποπτευόμενη, όπως φαίνεται στο ακόλουθο διάγραμμα.



Η καταγραφή και η αξιολόγηση της πορείας του ειδικευόμενου ανάμεσα στις εκπαιδευτικές δομές καταγράφεται στο «βιβλιάριο εκπαίδευσης των ειδικευόμενων» (log book) την ευθύνη του οποίου για την τήρησή του έχει ο ίδιος ο ειδικευόμενος. Σύμφωνα επίσης με το νόμο πλαίσιο για την ειδίκευση στην Ψυχιατρική, η Ψυχιατρική Κλινική οφείλει μετά το πέρας των πρώτων 3 ετών στην ειδικότητα (2 έτη ψυχιατρικής άσκησης) να αξιολογεί με εξετάσεις τους ειδικευόμενους.

Η Α΄ Ψυχιατρική Κλινική παρέχει ένα θεωρητικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους ειδικευόμενους δομημένο σε 2 κύκλους, που καλύπτει το σύνολο της Ψυχιατρικής θεματολογίας. Επιπλέον, οι ειδικευόμενοι έχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης του εισαγωγικού σεμιναρίου εκπαίδευσης στη Γνωσιακή και Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία, που γίνεται υπό την αιγίδα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ) και της Ελληνικής Εταιρείας Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών. Στην εκπαίδευση των ειδικευόμενων Ψυχιατρικής εντάσσεται και το σεμινάριο εισαγωγής στην «Ψυχαναλυτική θεωρία και Τεχνική» του Τμήματος Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας της Κλινικής.

Επιπρόσθετα, μια φορά το χρόνο (συνήθως κάθε Ιούνιο), διενεργείται η εκπαιδευτική διημερίδα των ειδικευόμενων, κατά την οποία οι ειδικευόμενοι, εργαζόμενοι ομαδικά με τη διακριτική καθοδήγηση των εκπαιδευτών τους, παρουσιάζουν με κριτικό τρόπο, εργασίες ειδικής θεματολογίας με ιδιαίτερο κλινικό και θεραπευτικό ενδιαφέρον, κυρίως με τη μορφή βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων.

Τέλος, για όσους ειδικευόμενους εκδηλώνουν ιδιαίτερο ερευνητικό ή ακαδημαϊκό ενδιαφέρον, υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής σε ερευνητικά προγράμματα ποικίλου ενδιαφέροντος, καθώς και εκπόνησης διδακτορικής διατριβής.

Εκπαιδευτικές Υποχρεώσεις

Η εκπόνηση του εκπαιδευτικού προγράμματος και η συμμόρφωση με τις προδιαγραφές του νόμου για την ειδίκευση στην Ψυχιατρική απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Η Διεύθυνση της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ, οι υπεύθυνοι του προγράμματος, τα μέλη ΔΕΠ της κλινικής και οι συνεργάτες τους, κλινικοί επόπτες και σύμβουλοι εκπαίδευσης (μέντορες) χρειάζεται να διαθέσουν χρόνο και να εργαστούν συστηματικά για να διαφυλάξουν τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά του. Ένα σημαντικό τμήμα όμως της ευθύνης για τη διαφύλαξη του εκπαιδευτικού προγράμματος ανήκει στους ίδιους τους ειδικευόμενους και στη δέσμευση που αναλαμβάνουν με την ένταξή τους σε αυτό ως εκπαιδευόμενοι αλλά και ως ιατροί της Ψυχιατρικής Κλινικής.

Κάθε ειδικευόμενος που εντάσσεται στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του ΕΚΠΑ οφείλει να ενεργεί με τον απαραίτητο επαγγελματισμό και υπευθυνότητα τόσο απέναντι στους ασθενείς που φροντίζει όσο και απέναντι στους άλλους συναδέλφους και επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου, σεβόμενος τους κανονισμούς και την ιεραρχία του χώρου εργασίας. Πρέπει να γνωρίζει όλες τις παροχές του εκπαιδευτικού προγράμματος και να φροντίζει να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις που απορρέουν από τη συμμετοχή του σε αυτό. Συγκεκριμένα:

1. Πρέπει να φροντίζει να έχει κλινική εποπτεία και υποστήριξη στην κλινική άσκηση αντίστοιχη με το επίπεδο της εκπαίδευσής του.
2. Πρέπει να φροντίζει για τις τακτικές συναντήσεις (μια φορά κάθε μήνα με τον σύμβουλο της εκπαίδευσής του (μέντορα) που εστιάζονται περισσότερο σε προσωπικά θέματα εκπαίδευσης και όχι σε θέματα άμεσης κλινικής εποπτείας. Να συζητά μαζί του τους επιδιωκόμενους εκπαιδευτικούς στόχους για το κάθε στάδιο άσκησης, τους προβληματισμούς του, την εκπαιδευτική πορεία του και να επεξεργάζονται από κοινού θέματα που τον βοηθούν στην επαγγελματική και επιστημονική ανάπτυξή του. Αν παρά την επιδίωξή του οι συναντήσεις αυτές δεν γίνονται θα πρέπει να το συζητήσει με τον υπεύθυνο του εκπαιδευτικού προγράμματος.

3. Ο ειδικευόμενος πρέπει να συνεργάζεται με τον κλινικό εκπαιδευτή του/ επόπτη και να φροντίζει:

α) να λαμβάνει την κατάλληλη εποπτεία και υποστήριξη στην επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων που σχετίζεται με την άσκησή του στις εκπαιδευτικές μονάδες αντλώντας κάθε φορά το μεγαλύτερο εκπαιδευτικό όφελος.

β) να συμμετέχει ενεργά στις κλινικές συναντήσεις της εκπαιδευτικής μονάδας.

γ) να συνδιαλέγεται και να πράττει εποικοδομητικά βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα,

δ) να είναι συνεπής και μεθοδικός στην τήρηση και καταγραφή των αρχείων του ασθενούς

ε) να παρακολουθεί και να επανεξετάζει τακτικά την πορεία του ώστε να εξασφαλίζει την επίτευξη των εκπαιδευτικών στόχων

στ) να φροντίσει για τη συμπλήρωση του φύλλου του εκπαιδευτικού βιβλιαρίου που αφορά την άσκηση στην εκπαιδευτική μονάδα, από τον κλινικό εκπαιδευτή κατά την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης άσκησης και προ της ένταξής του σε επόμενη εκπαιδευτική μονάδα και

ζ) να φροντίσει να δώσει αντίγραφο του φύλλου του εκπαιδευτικού βιβλιαρίου στον σύμβουλο εκπαίδευσης (μέντορα) για την καταχώρησή του στο αρχείο του ειδικευόμενου.

4. Ο ειδικευόμενος οφείλει να συμμετέχει ενεργά στο πρόγραμμα θεωρητικών μαθημάτων και στις εκπαιδευτικές συναντήσεις της Κλινικής

5. Πρέπει να φροντίσει για την ένταξή του σε πρόγραμμα ψυχοθεραπευτικής εκπαίδευσης από το 3^ο έτος της ειδικότητας (2^ο έτος της άσκησης στην Ψυχιατρική) με την παρακολούθηση των θεωρητικών μαθημάτων στην Ψυχοθεραπεία και την ανάληψη περιστατικών με εποπτεία συνεργαζόμενος με τους ειδικούς εκπαιδευτές.

5. Ο ειδικευόμενος οφείλει να συμμετέχει στις περιοδικές αξιολογήσεις υπό μορφή εξετάσεων που διενεργεί η κλινική.

6. Οι ειδικευόμενοι τέλος, ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα ασκώντας εποικοδομητική κριτική, να συγκροτούν επιτροπή εκπαίδευσης και να συμμετέχουν ενεργά στις αντίστοιχες εθνικές εταιρείες και σώματα (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Ένωση Ελλήνων ειδικευόμενων ψυχιάτρων της ΕΨΕ) και στα αντίστοιχα Ευρωπαϊκά σώματα (European Federation of Psychiatric Trainees, EFPT)

III. Ειδικό μέρος

Η Κλινική άσκηση

Τμήματα Νοσηλείας

Η Α' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική διαθέτει συνολικά τρεις πτέρυγες νοσηλείας (Κουρέτα, Παλαιολόγου και Σκαρπαλέζου) με δύναμη 18 κλινών η κάθε μία. Η κάθε πτέρυγα έχει το δικό της νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικό λειτουργό και εργοθεραπευτές. Κάθε πτέρυγα φιλοξενεί δύο αυτόνομα ιατρικά τμήματα νοσηλείας (α' και β'), στα οποία αντιστοιχούν, κατά κανόνα, εννέα νοσηλευόμενοι. Τα τμήματα νοσηλείας απευθύνονται σε ασθενείς με γενικές ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά κάθε κλινικό τμήμα διαθέτει και κάποια εξειδίκευση, παρέχοντας ορισμένες κλίνες για ειδικές ψυχιατρικές διαταραχές. Η θεραπευτική ομάδα κάθε κλινικού τμήματος συνεδριάζει δύο φορές την εβδομάδα (Δευτέρα και Πέμπτη). Σε κάθε κλινικό τμήμα νοσηλείας κατανέμονται δύο έως τρεις ειδικευόμενοι και υπάρχει η δυνατότητα εκ περιτροπής εκπαίδευσής τους και στις τρεις πτέρυγες νοσηλείας. Ο συνολικός χρόνος συμμετοχής στην κλινική άσκηση είναι 24 μήνες και προτείνεται η κυκλική συμμετοχή του ειδικευόμενου σε 2 ή και 3 κλινικές σε αυτό το διάστημα. Η επιλογή της κλινικής στην οποία τοποθετείται ο κάθε ειδικευόμενος είναι συνδυασμός των προσωπικών του προτιμήσεων και των αναγκών των κλινικών.

Οι στόχοι της εκπαίδευσης του ειδικευόμενου στα κλειστά τμήματα νοσηλείας περιλαμβάνουν την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων στα εξής:

- Ψυχιατρική συνέντευξη – λήψη ιστορικού
- Φαινομενολογία των ψυχιατρικών διαταραχών
- Κλινική διερεύνηση των ψυχιατρικών διαταραχών - Ψυχιατρική διάγνωση και ταξινομητικά συστήματα - Διαφορική Διάγνωση, εκτίμηση της πρόγνωσης
- Φαρμακευτική αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών (εξοικείωση με τη χρήση, δοσολογικά σχήματα, ανεπιθύμητες ενέργειες, συγχορήγηση, περιορισμοί και αποτελεσματικότητα)

- Εργαστηριακές εξετάσεις και νευροαπεικόνιση
- Νευροψυχολογία – Ψυχομετρικές δοκιμασίες – Εκμάθηση και εξοικείωση με κλίμακες αξιολόγησης της κλινικής κατάστασης
- Εξοικείωση με τις βιολογικές - μη φαρμακευτικές θεραπείες των ψυχικών διαταραχών (Επαναλαμβανόμενος Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός και Ηλεκτροσπασμοθεραπεία)
- Αδρή εξοικείωση με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ειδικούς πληθυσμούς ασθενών (τμήματα εξειδίκευσης)
- Διαχείριση επικινδυνότητας στους νοσηλευόμενους ασθενείς (αυτοκτονικός, διεγερτικός και επιθετικός ασθενής)
- Περιπτώσεις με ιδιαίτερες δυσκολίες στη θεραπευτική αντιμετώπιση
- Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Διασύνδεση της κλινικής Ψυχιατρικής με άλλες ειδικότητες της ιατρικής
- Διασύνδεση με υπηρεσίες συνεχιζόμενης παρακολούθησης, απασχόλησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

Πτέρυγα Κουρέτα

Πέραν της νοσηλείας ασθενών γενικής Ψυχιατρικής, διατίθενται κλίνες και για ειδικές περιπτώσεις, όπως:

- Τμήμα Νοσηλείας Κουρέτα Α': Διαθέτει κλίνες για ανθεκτικές στη θεραπεία ψυχιατρικές διαταραχές
- Τμήμα Νοσηλείας Κουρέτα Β': Διαθέτει κλίνες για περιστατικά που εντάσσονται στο ερευνητικό πρωτόκολλο του Πρώτου Ψυχωτικού Επεισοδίου

Στην Πτέρυγα Κουρέτα εδράζεται επίσης ο θάλαμος όπου πραγματοποιούνται η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive therapy – ECT) και ο επαναλαμβανόμενος Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation – rTMS).

Πτέρυγα Παλαιολόγου

Πέραν της νοσηλείας ασθενών γενικής Ψυχιατρικής, διατίθενται κλίνες και για ειδικές περιπτώσεις, όπως:

- Τμήμα Νοσηλείας Παλαιολόγου Α': Διαθέτει κλίνες για ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ και τις βενζοδιαζεπίνες
- Τμήμα Νοσηλείας Παλαιολόγου Β': Πέραν της νοσηλείας ασθενών γενικής Ψυχιατρικής διαθέτει κλίνες για ασθενείς της τρίτης ηλικίας στην ειδική Ψυχογηριατρική Μονάδα και για ασθενείς με διπολική συναισθηματική διαταραχή ιδιαίτερου ενδιαφέροντος

Πτέρυγα Σκαρπαλέζου

Πέραν της νοσηλείας ασθενών γενικής Ψυχιατρικής, διατίθενται κλίνες και για ειδικές περιπτώσεις, όπως:

- Τμήμα Νοσηλείας Σκαρπαλέζου Α': Διαθέτει κλίνες για ενήλικες με νευροαναπτυξιακές διαταραχές
- Τμήμα Νοσηλείας Σκαρπαλέζου Β': Διαθέτει κλίνες για ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχές πρόσληψης τροφής

Εξωτερικά Ιατρεία

Το Αιγινήτειο Νοσοκομείο διαθέτει εξωτερικά ιατρεία που περιλαμβάνουν Ιατρεία επειγόντων περιστατικών και Υπηρεσία Παρέμβασης και Σταθεροποίησης για την κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές, Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Γενικής Ψυχιατρικής και Ειδικά Ιατρεία.

Τα Εξωτερικά Ιατρεία στεγάζονται στον χώρο του Νοσοκομείου, ενώ κάποια Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής, όπως και οι ψυχοθεραπείες πραγματοποιούνται σε κτήριο του Νοσοκομείου, το οποίο βρίσκεται στην οδό Δημητρέσσα 10 (πλησίον του Αιγινήτειου). Το ειδικό πρόγραμμα ουσιοεξαρτήσεων βρίσκεται στην οδό Ξενίας 20, επίσης πλησίον του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

Ιατρεία Επείγοντων Περιστατικών

Τα Ιατρεία Επείγοντων Περιστατικών της Ψυχιατρικής Κλινικής λειτουργούν 24 ώρες, 7 ημέρες την εβδομάδα και εξυπηρετούν ασθενείς ανεξάρτητα από το σύστημα τομεοποίησης. Συγχρόνως όμως συμμετέχουν και στο σύστημα εφημεριών των νοσοκομείων της Περιφέρειας Αττικής για την αντιμετώπιση και νοσηλεία επείγοντων περιστατικών (γενικές εφημερίες). Κατά τη γενική εφημερία (τέσσερις έως πέντε φορές τον μήνα) υπάρχει η δυνατότητα εισαγωγής των ασθενών που πληρούν κριτήρια νοσηλείας (ακούσια ή εκούσια).

Το πρωινό καθημερινό ωράριο λειτουργίας των Επείγοντων ιατρείων εκτός της γενικής εφημερίας καλύπτεται από δύο ειδικευμένους στο πλαίσιο της άσκησης τους στην επείγουσα ψυχιατρική και τους υπεύθυνους ψυχιάτρους των επείγοντων. Κάθε ειδικευόμενος συμμετέχει για τουλάχιστον 8 εβδομάδες στην καθημερινή πρωινή λειτουργία των επείγοντων της Ψυχιατρικής Κλινικής (08:30 - 13:30) συνεχόμενα ή ανά εβδομάδα, αναλόγως των αναγκών κάλυψης των κλινικών.

Κατά την εφημερία, το Ιατρείο Επείγοντων Περιστατικών καλύπτεται από δύο ειδικευμένους ψυχιάτρους σε κυλιόμενο ωράριο, νοσηλευτικό προσωπικό και από έναν ή δύο ειδικούς ψυχιάτρους (αναλόγως της εφημερίας), ως υπεύθυνους της εφημερίας. Η κοινωνική υπηρεσία των εξωτερικών Ιατρείων λειτουργεί προς το παρόν μόνο πρωινές ώρες.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της εφημερίας, οι ειδικευόμενοι ψυχίατροι καλούνται να αντιμετωπίσουν επείγουσες ψυχιατρικές καταστάσεις των όμορων νοσοκομείων (Γενικό Νοσοκομείο “Αλεξάνδρα” και Αρεταίειο Νοσοκομείο) στα πλαίσια της διασυνδετικής ψυχιατρικής.

Από την εκπαίδευσή του στα Επείγοντα Ψυχιατρικής, ο ειδικευόμενος αναμένεται να αποκτήσει δεξιότητες στους παρακάτω τομείς:

1. Δεξιότητες στην Ιεράρχηση των περιστατικών, ανάλογα με την επικινδυνότητα και την ύπαρξη οργανικής παθολογίας

2. Στην αξιολόγηση και στη διάγνωση: Ο ειδικευόμενος εξοικειώνεται με τη γρήγορη και εστιασμένη αξιολόγηση, την αξιολόγηση της νοητικής κατάστασης (mini mental state), τη γρήγορη άντληση πληροφοριών από το περιβάλλον και την επείγουσα εργαστηριακή διερεύνηση
3. Δεξιότητες στον θεραπευτικό σχεδιασμό: Ο ειδικευόμενος μαθαίνει να επικοινωνεί με τον ενδιαφερόμενο, μεταφέροντας κατάλληλα τις ιατρικές οδηγίες, να τον συμβουλεύει και να τον καθοδηγεί σε περιορισμένο χρονικό διάστημα. Καλείται επίσης να μπορεί να διαχειριστεί μια κρίσιμη κατάσταση, να μπορεί να αιτιολογήσει την παραπομπή για νοσηλεία ή την απόφαση για μη παραπομπή σε νοσηλεία, να μπορεί να καταστρώσει ένα σχέδιο αποσόβησης της επικινδυνότητας και να μπορεί να παραπέμψει σε άλλες ιατρικές ή κοινοτικές υπηρεσίες (π.χ. Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, κλπ.)
4. Δεξιότητες στη διαχείριση της ετεροκαταστροφικότητας, του αυτοκτονικού ιδεασμού, των οξέων ψυχοπαθολογικών καταστάσεων (ψύχωση, κατάθλιψη, μανία, χρήση ουσιών, κλπ.), της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας που οφείλεται σε σωματικά νοσήματα, των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων, της υπόκρισης και των ποικίλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων
5. Δεξιότητες στην επικοινωνία. Είναι σημαντικό για τον ειδικευόμενο να μπορεί να κάνει μια αξιόπιστη παρουσίαση του ιστορικού και των ευρημάτων του περιστατικού, προκειμένου να πάρει τις κατάλληλες συμβουλές από τους ειδικευμένους, όπως και να μπορεί να μεταφέρει αξιόπιστα τις εκκρεμότητες στην επόμενη βάρδια εφημερίας και να μπορεί να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας. Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης να μπορεί να καταγράψει ολοκληρωμένα και αξιόπιστα την εξέταση στα βιβλία καταγραφής των επειγόντων.
6. Δεξιότητες σε ιατρονομικά θέματα: Ο ειδικευόμενος καλείται να γνωρίζει τη νομοθεσία που αφορά στην ακούσια νοσηλεία, τις εξαιρέσεις και τους περιορισμούς του απορρήτου και καλείται να μπορεί να αξιολογήσει την ικανότητα συγκατάθεσης.

Πρόγραμμα Παρέμβασης και σταθεροποίησης για την Κρίση σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές

Πρόκειται για μια υπηρεσία που λειτουργεί στο πλαίσιο των Εξωτερικών Ιατρείων, άμεσα συνδεδεμένη με τα Ιατρεία Επειγόντων Περιστατικών. Προσφέρει τη δυνατότητα εντατικής παρακολούθησης και ολοκληρωμένης αντιμετώπισης ασθενών με σοβαρή ψυχοπαθολογία (ψυχώσεις, συναισθηματικές διαταραχές) σε οξεία φάση (υποτροπή ή έναρξη). Λειτουργεί με θεραπευτική ομάδα (ψυχίατροι, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι) και αφορά αποκλειστικά σε ασθενείς, για τους οποίους ο ιατρός των επειγόντων έκρινε την ανάγκη νοσηλείας. Κάθε εβδομάδα, η υπηρεσία παρέμβασης στην κρίση δέχεται 3 με 4 νέα περιστατικά και ανά πάσα στιγμή στη δύναμή της έχει 10 με 12 περιστατικά. Ο χρόνος παρακολούθησης κατά μέσο όρο είναι 6 εβδομάδες. Στην ομάδα θεραπείας μπορεί να συμμετέχει ένας ειδικευόμενος.

Κατά την άσκησή του ο ειδικευόμενος εκπαιδεύεται στην αντιμετώπιση κριτικών καταστάσεων μείζονος ψυχοπαθολογίας αποφεύγοντας τη νοσηλεία στο πλαίσιο της κοινότητας, με την αρωγή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Εκπαιδεύεται στη δημιουργία θεραπευτικού πλάνου, στην εκτίμηση της επικινδυνότητας και της ιεράρχησης θεραπευτικών προτεραιοτήτων, στην ολιστική αντιμετώπιση με έμφαση στις ατομικές εφεδρείες του ασθενούς, στη διεπιστημονική συνεργασία και στο συντονισμό της θεραπευτικής ομάδας.

Τακτικά Ιατρεία Γενικής Ψυχιατρικής

Τα Τακτικά Ιατρεία Ψυχιατρικής πραγματοποιούνται δύο φορές την εβδομάδα (Τρίτη και Παρασκευή, 09:00 με 14:00) και εξυπηρετούν ασθενείς από τον 8ο Τομέα Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ) με ψυχική νόσο από όλο το ψυχοπαθολογικό φάσμα. Υπεύθυνος για το κάθε ιατρείο είναι ένας Ψυχίατρος (μέλος ΔΕΠ ή επιστημονικός συνεργάτης) συνεπικουρούμενος από έναν τουλάχιστον ειδικευόμενο Ψυχιατρικής. Η διάρκεια συμμετοχής του ειδικευόμενου στο Τακτικό Ιατρείο Γενικής Ψυχιατρικής είναι 24 μήνες (συστήνεται η διαδοχική παρακολούθηση τουλάχιστον δύο διαφορετικών ιατρείων μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα) και από τη συμμετοχή του αυτή ο ειδικευόμενος αναμένεται να εκπαιδευτεί στα εξής:

- Ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπευτικές παρεμβάσεις με κλιμακούμενη εποπτεία στα πλαίσια εξωτερικού ιατρείου
- Ψυχιατρική παρακολούθηση ασθενών με ψυχική νόσο στην πορεία του χρόνου (ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής, έλεγχος και αντιμετώπιση υποτροπών που δεν χρήζουν νοσηλείας)
- Συνεργασία με το υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς και ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων του
- Εκτίμηση ασθενών που χρήζουν παραπομπής σε Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής ή σε ειδικά Ψυχοθεραπευτικά προγράμματα
- Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχοθεραπευτές)
- Διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινοτικές υπηρεσίες
- Εξοικείωση με τις διαδικασίες έκδοσης πιστοποιητικών ψυχικής υγείας (π.χ. για θέματα υιοθεσίας, δικαστήρια, ειδικές άδειες) και ειδικών πιστοποιητικών αναπηρίας

Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής

Στα Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής αντιμετωπίζονται ειδικά ψυχιατρικά νοσήματα και υπεύθυνος για κάθε ιατρείο είναι ένας εξειδικευμένος Ψυχίατρος (μέλος ΔΕΠ ή επιστημονικός συνεργάτης). Ορισμένα από τα Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής πραγματοποιούνται στον χώρο των Εξωτερικών Ιατρείων τις Τετάρτες (09:00 με 14:00) και κάποια άλλα σε κοντινά στο Αιγινήτειο κτήρια. Η συμμετοχή του ειδικευόμενου στα Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής γίνεται το τελευταίο 1,5 έτος της ειδικότητας και ο ίδιος ο ειδικευόμενος μπορεί να επιλέξει, στη βάση προσωπικού ενδιαφέροντος, το ειδικό ιατρείο στο οποίο θέλει να συμμετέχει. Από τη συμμετοχή του αυτή, ο ειδικευόμενος αναμένεται να εκπαιδευτεί στα εξής:

- Φαρμακευτική αντιμετώπιση ειδικών ψυχιατρικών νοσημάτων
- Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ειδικών ψυχιατρικών νοσημάτων
- Ενημέρωση, παρέμβαση και ψυχοεκπαίδευση του συγγενικού περιβάλλοντος του ασθενούς για την ολιστική αντιμετώπιση της ψυχιατρικής νόσου

- Εξοικείωση με τις ιδιαιτερότητες και τον τρόπο αντιμετώπισης ειδικών ψυχιατρικών νοσημάτων
- Συνεργασία και διασύνδεση με άλλες ειδικότητες της ιατρικής (π.χ. γυναικολόγους, νευρολόγους, κτλ.), με άλλους επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχολόγοι) και κοινωνικές δομές (π.χ. κοινωνικές υπηρεσίες)

Τα Ειδικά Ιατρεία Ψυχιατρικής και τα τμήματα της Μονάδας Ψυχοθεραπειών που λειτουργούν στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο είναι τα εξής:

- **Ειδικό Ιατρείο Διαπολιτισμικής Ιατρικής:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών άλλης, διάφορης της ελληνικής, εθνικότητας και άλλου πολιτισμικού υποβάθρου. Έχει σταματήσει να δέχεται νέα περιστατικά λόγω έλλειψης στελέχωσης. Παρακολουθεί όσους ασθενείς έχει αναλάβει τα προηγούμενα έτη
- **Ειδικό Ιατρείο Συναισθηματικών Διαταραχών:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με συναισθηματική διαταραχή (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, κτλ.)
- **Ειδικό Ιατρείο Αγχωδών διαταραχών:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με αγχώδη διαταραχή (διαταραχή πανικού, διαταραχή γενικευμένου άγχους, κτλ.)
- **Ειδικό ιατρείο Μετατραυματικού stress:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με διάγνωση PTSD, διαταραχής προσωπικότητας επί εδάφους παιδικής κακοποίησης (cPTSD), κατάθλιψης ή άγχους έπειτα από τραυματικό γεγονός ή μαρτυρία αυτού (τροχαίο, εργατικό ατύχημα, φυσική καταστροφή, κακοποίηση, σοβαρή απειλή ζωής, αιφνίδιος θάνατος συγγενικού προσώπου, κτλ.)
- **Ειδικό Ιατρείο Νευροψυχιατρικών νοσημάτων:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με ψυχιατρικό και νευρολογικό νόσημα (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, κτλ.)
- **Ειδικό Ιατρείο Ψυχογηριατρικής:** Το Ειδικό ιατρείο Ψυχογηριατρικής λειτουργεί κάθε Τετάρτη και η υπηρεσία τηλεψυχογηριατρικής λειτουργεί κάθε Τρίτη και Πέμπτη. Απευθύνεται σε ασθενείς που εμφανίζουν μείζονες και ελάσσονες νευρονοητικές διαταραχές (άνοιες), ψυχιατρικές διαταραχές της τρίτης ηλικίας (π.χ.

κατάθλιψη) και άλλες νευροψυχιατρικές διαταραχές, ενώ λειτουργεί ειδική υπηρεσία ενημέρωσης και υποστήριξης των φροντιστών ασθενών με άνοια. Λειτουργεί με βάση την πολυδιεπιστημονική ομάδα που αξιολογεί και μελετά τα Νευροψυχιατρικά συμπτώματα, τη λειτουργικότητα, τα εργαστηριακά και νευροψυχολογικά ευρήματα καθώς και την αξιολόγηση της σωματικής κατάστασης, της ευπάθειας και τις επιπτώσεις των αισθητηριακών ελλειμμάτων στις νευρονοητικές διαταραχές.

- **Μονάδα Ψυχικής Υγείας Γυναικών και Ειδικό Ιατρείο Ψυχιατρικής της Αναπαραγωγής:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση γυναικών με ψυχιατρικές διαταραχές ή ψυχοκοινωνικές δυσκολίες που είναι σε κατάσταση εγκυμοσύνης ή είναι λεχώιδες ή σε διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή βρίσκονται στην περιεμμηνόπαυση ή αντιμετωπίζουν γυναικολογικά προβλήματα
- **Ειδικό Ιατρείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και Ψυχοεκπαιδευτικών Οικογενειακών Παρεμβάσεων:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με ψυχιατρικό νόσημα, ψυχοεκπαίδευση ασθενών και οικογένειας, επαγγελματική προεργασία και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση
- **Ειδικό Ιατρείο Ψυχοσωματικών διαταραχών:** Παρακολούθηση ασθενών με οργανικά νοσήματα και συννοσηρότητα με ψυχιατρικά νοσήματα.
- **Ειδικό Ιατρείο Σεξουαλικής Υγείας:** Παρακολούθηση, φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με δυσφορία φύλου, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και παραφιλίες
- **Ειδικό Ιατρείο Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής και Φάσματος:** Παρακολούθηση, φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς και ψυχοεκπαίδευση ασθενών με ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή και συναφείς διαταραχές, όπως παρασυσσώρευση, τριχοτιλλομανία, δερματιλλομανία, σωματόμορφες διαταραχές, κτλ. Στο ιατρείο αυτό γίνεται η αξιολόγηση των ασθενών πριν από την παραπομπή τους στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς. Σε συνεργασία βρίσκεται επίσης και με το Ειδικό Ιατρείο Γνωσιακής Ψυχοθεραπείας
- **Ειδικό Ιατρείο Νευροαναπτυξιακών Διαταραχών (ΝΑΔ) ενηλίκων:** Το ειδικό ιατρείο ΝΑΔ ενηλίκων είναι υπεύθυνο για την αξιολόγηση ατόμων χωρίς

προηγούμενη διάγνωση κάποιας νευροαναπτυξιακής διαταραχής (Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας), αλλά και ενήλικων ατόμων στα πλαίσια διαφοροδιαγνωστικής διαδικασίας, που παρακολουθούνται στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Επιπλέον, εκπαιδεύει επαγγελματίες υγείας που εκφράζουν ενδιαφέρον για την εξέλιξη των ΝΑΔ στην ενήλικη ζωή. Η ομάδα στόχος των επιστημόνων που εκπαιδεύονται στο ειδικό ιατρείο είναι κυρίως αυτή που σχετίζεται άμεσα με τους ασθενείς και την οικογένεια τους (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας). Τέλος, σε ερευνητικό επίπεδο μελετώνται και εφαρμόζονται βελτιστοποιημένες μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας των νευροαναπτυξιακών διαταραχών, μέσω μιας καλά στοχευμένης χορήγησης ψυχομετρικών δοκιμασιών και ταυτόχρονης καταγραφής βιοσημάτων (ΗΕΓ δραστηριότητα και βιοσήματα του αυτόνομου νευρικού)

- **Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής:** Παρακολουθεί ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία και Βουλιμία. Επίσης υπάρχει ομαδικό πρόγραμμα παρέμβασης στην Διαταραχή Υπερφαγίας που αφορά άτομα έως 50 ετών λόγω ερευνητικού πρωτοκόλλου. Προσφέρεται ατομική ψυχοθεραπεία (ΓΣΘ), ομάδα ψυχοεκπαίδευσης οικογενειών και κατά περίπτωση διατροφολογική υποστήριξη. Το εξωνοσοκομειακό πρόγραμμα δεν μπορεί να προσφέρει ψυχιατρική παρακολούθηση για συννοσηρότητα (π.χ. κατάθλιψη) στους ασθενείς που παρακολουθούνται ήδη για Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Για την παραπομπή, το ίδιο το άτομο που πάσχει καλεί στη γραμματεία της Μονάδας Ψυχοθεραπείας
- **Ειδικό Ιατρείο Πρώιμης Παρέμβασης στην Ψύχωση:** Παρακολουθεί ασθενείς πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, καθώς και άτομα λίαν υψηλού κινδύνου για ψύχωση ενώ, επιπλέον, απευθύνεται σε συγγενείς πρώτου βαθμού νέων ασθενών με ψύχωση, ηλικίας 15 έως 45 ετών
- **Ειδικό Ιατρείο για ουσιοεξαρτώμενα άτομα (Πρόγραμμα “Αθηνά”):** Το «στεγνό» Θεραπευτικό Πρόγραμμα «Αθηνά» προέκυψε από τη συνεργασία της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών με τον ΟΚΑΝΑ και λειτουργεί από τον Μάιο του 1998. Απευθύνεται σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ

ηλικίας άνω των 18 ετών, καθώς και στις οικογένειες και τους συγγενείς των χρηστών. Παρέχει ιατρικές υπηρεσίες (βασική ιατρική φροντίδα και ψυχιατρική περίθαλψη), ψυχολογικές υπηρεσίες (ατομική συμβουλευτική και πρόληψη υποτροπών), ψυχοθεραπεία (ατομική, ομαδική και οικογενειακή), κοινωνικές υπηρεσίες για μεταθεραπευτική φροντίδα. Μεταξύ άλλων δραστηριοτήτων περιλαμβάνεται η εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας και η έρευνα στις ουσιοεξαρτήσεις

Κοινοτική Ψυχιατρική

Ο ειδικευόμενος ψυχίατρος εκπαιδεύεται στην αντιμετώπιση ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα. Η εκπαίδευση διαρκεί από 3 έως 6 μήνες και πραγματοποιείται είτε στο Κέντρο Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής είτε στο Νοσοκομείο Ημέρας της Α΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής.

Στην Κοινοτική Ψυχιατρική ανήκουν, επίσης, δομές που στοχεύουν στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχιατρικών ασθενών, όπως ο Ξενώνας και το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

Από την εκπαίδευσή του, ο ειδικευόμενος αναμένεται να αποκτήσει δεξιότητες στα εξής:

- Ψυχιατρική παρακολούθηση και θεραπευτικές παρεμβάσεις με εποπτεία
- Ψυχιατρική προσέγγιση ατόμων με προσωπικά, κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα
- Ψυχοκοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση ασθενών με χρόνια ψυχιατρικά νοσήματα
- Έκδοση πιστοποιητικών ψυχικής υγείας (π.χ. για θέματα υιοθεσίας, δικαστήρια, κτλ.) και ειδικών πιστοποιητικών αναπηρίας με εποπτεία
- Ψυχιατρική διασύνδεση στην κοινότητα με κατ' οίκον επισκέψεις και παραπομπές σε άλλες ιατρικές ειδικότητες
- Συνεργασία με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας)

Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα – Καισαριανής

Το Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα – Καισαριανής ιδρύθηκε το 1979 και αποτελεί Τμήμα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Στο κέντρο εδράζονται το Τμήμα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και το Τμήμα Ψυχικής Υγείας Παίδων και Εφήβων.

Το Τμήμα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων διαθέτει εξωτερικά ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά και εξυπηρετούν τους δήμους Υμηττού, Βύρωνα και Καισαριανής. Παρέχονται ψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες, ψυχοεκπαίδευση ασθενών και συγγενών, ενώ λειτουργεί και οργανωμένη κλινική depot.

Το Τμήμα Ψυχικής Υγείας Παίδων και Εφήβων διαθέτει εξωτερικά ιατρεία Συμπεριφοράς, Λογοθεραπείας, Εργοθεραπείας και Μαθησιακών Δυσκολιών. Λειτουργεί καθημερινά και εξυπηρετεί τους δήμους Υμηττού, Βύρωνα, Καισαριανής, Δάφνης, Ιλισίων και Ζωγράφου. Ο ειδικευόμενος παρακολουθεί το συγκεκριμένο πρόγραμμα κατά το τελευταίο τρίμηνο της ειδικότητάς του στο πλαίσιο της άσκησης στην Παιδοψυχιατρική.

Πλησίον του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα – Καισαριανής εδράζεται η Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και το εκθετήριο “ΛΩΤΟΣ”, όπου ασθενείς με χρονίζουσες ψυχωτικές και συναισθηματικές διαταραχές συμμετέχουν σε εργοθεραπευτικές ομάδες και ομάδες υποστήριξης.

Στο πλαίσιο εκπαίδευσης του ειδικευόμενου στην κοινωνική Ψυχιατρική παρέχεται και η δυνατότητα συμμετοχής στο Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΕΠ), που λειτουργεί στο ΕΠΙΨΥ. Στη συγκεκριμένη δομή παρακολουθούνται ασθενείς με βαριά και χρόνια ψυχική νόσο, οι οποίοι συμμετέχουν σε ομάδες εργοθεραπείας, υπό την καθοδήγηση εξειδικευμένου προσωπικού, με σκοπό την επανένταξή τους στην κοινωνία και την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως παραπέμπονται στο κέντρο έπειτα από νοσηλεία τους σε κάποια νοσοκομειακή δομή (συνήθως από το Αιγινήτειο Νοσοκομείο), από τα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου ή από άλλες δομές Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

Νοσοκομείο Ημέρας

Το Νοσοκομείο Ημέρας λειτουργεί ως ένα πρόγραμμα ημερήσιας νοσηλείας για ασθενείς με πρόσφατη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική, οι οποίοι δεν έχουν επανέλθει στο προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας. Φιλοξενεί περίπου δέκα ασθενείς. Παρέχονται ψυχιατρικές και ψυχολογικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις ενώ διενεργούνται και ομάδες εργοθεραπείας. Επιπλέον, το Νοσοκομείο Ημέρας, δέχεται παραπομπές από άλλες δομές και εξωτερικά ιατρεία, για ψυχιατρική αντιμετώπιση ασθενών που βρίσκονται σε υποτροπή της νόσου, στους οποίους δεν είναι ενδεδειγμένη η νοσηλεία σε Ψυχιατρική κλινική.

Επιπρόσθετα, στο χώρο του Νοσοκομείου Ημέρας διενεργούνται ψυχοθεραπευτικές ομάδες για ασθενείς με Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας.

Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Ο ειδικευόμενος εκπαιδεύεται στη διασυνδεδετική ψυχιατρική για τρεις μήνες συνολικά. Η διασυνδεδετική ψυχιατρική καλύπτει τις καθημερινές και πρωινές ώρες τα εξής νοσοκομεία:

- Γενικό Νοσοκομείο “Αλεξάνδρα”
- Αρεταίειο Νοσοκομείο
- Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών “Λαϊκό”

Από την εκπαίδευση στη διασυνδεδετική ψυχιατρική, ο ειδικευόμενος αναμένεται να αποκτήσει τις εξής δεξιότητες:

- Αντιμετώπιση ασθενών με γενική ή ειδική παθολογία, οι οποίοι εμφανίζουν συμπτώματα ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο σε ασθενή με διάγνωση καρκίνου)
- Αντιμετώπιση ασθενών με ψυχιατρικά νοσήματα, οι οποίοι εισάγονται σε παθολογική ή χειρουργική κλινική για άλλο πρόβλημα της υγείας τους ή για πρόβλημα της υγείας τους που προέκυψε λόγω της ψυχιατρικής διαταραχής τους (π.χ. φαρμακευτική απόπειρα καταθλιπτικού ασθενούς, τοξίκωση από αλκοόλ ή από άλλες ουσίες, κτλ.)

- Εκτίμηση και διαχείριση της αυτοκτονικότητας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε μη ψυχιατρικές κλινικές
- Εκτίμηση λεχαιδών με ψυχιατρική συμπτωματολογία ή με ψυχιατρική διάγνωση για τη συμβουλευτική αξιολόγηση καταλληλότητας ή μη της μητρότητας
- Συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και διασύνδεση με την κοινωνική υπηρεσία του Νοσοκομείου

Ψυχιατροδικαστική

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής παρακολουθεί το πρόγραμμα εκπαίδευσης στην Ψυχιατροδικαστική αφού έχει συμπληρώσει τουλάχιστον δύο έτη στην ειδικότητα. Τα μαθήματα ψυχιατροδικαστικής πραγματοποιούνται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο “ΑΤΤΙΚΟΝ” την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα στη διάρκεια ενός ακαδημαϊκού έτους (09:30 - 12:00). Υπεύθυνη κλινική για τα μαθήματα ψυχιατροδικαστικής είναι η Β’ Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική. Ο ειδικευόμενος στα πλαίσια της παρακολούθησης των μαθημάτων ψυχιατροδικαστικής επισκέπτεται τουλάχιστον μια φορά το Ψυχιατρείο Κρατούμενων Κορυδαλλού, έπειτα από συνεννόηση με τον υπεύθυνο συντονιστή του προγράμματος. Από την εκπαίδευση στην ψυχιατροδικαστική ο ειδικευόμενος αναμένεται να εξοικειωθεί με της εξής έννοιες:

- Ποινικό και αστικό δίκαιο, βασικά ιατρονομικά θέματα
- Ενδείξεις και συνθήκες ακούσιας νοσηλείας
- Ιατρικό απόρρητο και ιατρική αμέλεια
- Διέγερση, επιθετικότητα και επικινδυνότητα κατά τη νοσηλεία
- Ψυχικές διαταραχές και παραβατικότητα
- Ψυχιατρική πραγματογνωμοσύνη

Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής εκπαιδεύεται στην κλινική εκτίμηση παιδιών και εφήβων για χρονικό διάστημα τριών μηνών, στο Τμήμα Ψυχικής Υγείας Παίδων και Εφήβων του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα – Καισαριανής. Συγκεκριμένα, ο ειδικευόμενος παρακολουθεί τις

πρώτες αξιολογήσεις παιδιών και εφήβων που προσέρχονται για παρακολούθηση στο τμήμα. Συγχρόνως συμμετέχει στις εβδομαδιαίες συγκεντρώσεις του τμήματος (Πέμπτες).

Οι εκπαιδευτικοί στόχοι κατά τη διάρκεια της άσκησης στην Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων περιλαμβάνει την γνωριμία με τα κάτωθι:

- Τη λειτουργία της διεπιστημονικής παιδοψυχιατρικής ομάδας
- Τα βασικά στάδια της παιδοψυχιατρικής διαγνωστικής αξιολόγησης
- Την κλινική εικόνα των κύριων κατηγοριών των παιδοψυχιατρικών διαταραχών
- Τις θεραπευτικές παρεμβάσεις για τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειές τους και τον σχεδιασμό του θεραπευτικού πλάνου

Στο τέλος της άσκησης αναμένεται να έχει επιτευχθεί ευαισθητοποίησή στην ψυχιατρική του παιδιού και του εφήβου και στις βασικές αρχές άσκησης της Κοινωνικής Παιδοψυχιατρικής

Μονάδα Ψυχοθεραπειών

Στο Αιγινήτειο λειτουργούν μονάδες ψυχοθεραπειών, οι οποίες στηρίζουν το πρόγραμμα ψυχοθεραπειών του Νοσοκομείου, αναλόγως ενδείξεων και παραπομπών (από άλλα ιατρεία, το ιατρείο επειγόντων περιστατικών, ιδιώτες ή άλλες δομές). Υπάρχει η δυνατότητα για ειδικευμένους που έχουν ολοκληρώσει το εισαγωγικό μέρος κάποιων ψυχοθεραπειών να αναλαμβάνουν ασθενείς με εποπτεία από επιβλέποντα. Οι ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις του Αιγινήτειου είναι οι εξής:

- **Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση με συμπεριφορικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις ασθενών κυρίως με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αλλά και διαταραχές όλου του φάσματος (π.χ. τριχοτιλλομανία, δερματιλλομανία, κλπ.)
- **Ειδικό Ιατρείο Μελέτης Προσωπικότητας:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με διαταραχές προσωπικότητας (συνήθως ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας), κατά κανόνα σε ομαδικό πρόγραμμα ψυχοθεραπείας

- **Τμήμα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας:** Παρακολούθηση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών που πληρούν τα κριτήρια για ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπεία
- **Μονάδα Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών:** Παρακολούθηση και ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών που πληρούν τα κριτήρια για γνωσιακού τύπου ψυχοθεραπεία. Στην μονάδα γίνονται αξιολογήσεις περιστατικών κατάλληλων για ατομική γνωσιακή ψυχοθεραπεία και ανατίθενται αυτά σε θεραπευτές υπό εποπτεία. Προϋπόθεση ανάληψης του περιστατικού από τη μονάδα αποτελεί η ύπαρξη θεράποντος ψυχίατρου της επιλογής του θεραπευόμενου
- **Τμήμα Συστημικής Ψυχοθεραπείας οικογένειας και ζεύγους:** Παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών στο οικογενειακό πλαίσιο, ατομική και ομαδική θεραπεία και συμβουλευτική
- **Τμήμα Διαλεκτικής Συμπεριφορικής Θεραπείας:** Αφορά άτομα που πάσχουν από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας. (Η διάγνωση πρέπει να έχει γίνει πριν την αρχική αξιολόγηση). Ένα σημαντικό μέρος των θεραπευόμενων που παρακολουθεί πάσχουν από Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής και Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας και είναι παραπομπές από τη Μονάδα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής. Για την παραπομπή το ίδιο το άτομο που πάσχει καλεί στη γραμματεία της Μονάδας Ψυχοθεραπείας

Θεωρητική εκπαίδευση

Το Θεωρητικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα της κλινικής περιλαμβάνει τις εκπαιδευτικές συναντήσεις της Κλινικής (Τετάρτη 13.00) και δύο κύκλους (1ος και 2ος κύκλος) εκπαιδευτικών σεμιναρίων.

Κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών συναντήσεων της Κλινικής (Τετάρτες) στο αμφιθέατρο του Νοσοκομείου παρουσιάζονται θέματα εξαιρετικού ενδιαφέροντος από προσκεκλημένους ομιλητές από την Ελλάδα και το εξωτερικό, κλινικές περιπτώσεις ιδιαίτερου ενδιαφέροντος από τους ίδιους τους ειδικευόμενους και τους εκπαιδευτές τους, ερευνητικά πρωτόκολλα ή θεωρητικοί προβληματισμοί με κλινικές, θεραπευτικές και ερευνητικές προεκτάσεις.

Εκπαιδευτικά Σεμινάρια

Ο 1ος κύκλος των θεωρητικών μαθημάτων για τους ειδικευόμενους, απευθύνεται κυρίως στους νεοεισερχόμενους ειδικευόμενους, είναι διάρκειας ενός έτους (συνολικά 18 σεμινάρια, 78 δώρων μαθημάτων Τρίτη και Πέμπτη) και επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο. Ο 1^{ος} κύκλος θεωρητικών μαθημάτων, εισάγει τους ειδικευόμενους στις βασικές γνώσεις και αρχές της Ψυχιατρικής νοσολογίας. Επικεντρώνεται κυρίως σε μαθήματα βασικής κλινικής ψυχοπαθολογίας, επείγουσας Ψυχιατρικής, βασικής ψυχοφαρμακολογίας και εισαγωγής στις ψυχοθεραπείες.

Ο 2^{ος} κύκλος θεωρητικών μαθημάτων έχει επίσης διάρκεια ενός έτους και επαναλαμβάνεται κάθε χρόνο (Τρίτη και Πέμπτη), ενώ για την ένταξη των ειδικευόμενων στον 2^ο κύκλο είναι απαραίτητο να έχει προηγηθεί η παρακολούθηση του 1^{ου} κύκλου θεωρητικών μαθημάτων. Περιλαμβάνει 28 σεμινάρια, 76 δώρων μαθημάτων μεγαλύτερης εξειδίκευσης και εμβάθυνσης σε θέματα όπως κλινικής ψυχιατρικής, ψυχοφαρμακολογίας, βιολογικών θεραπειών, κοινοτικής ψυχιατρικής, πολιτικών δημόσιας υγείας και ψυχοθεραπειών (ψυχαναλυτική – ψυχοδυναμική, γνωσιακή, συμπεριφορική και συστημική).

Η ανάπτυξη των μαθημάτων γίνεται από το εκπαιδευτικό προσωπικό της κλινικής καθώς και από εξωτερικούς ομιλητές.

Το αναλυτικό πρόγραμμα Θεωρητικών μαθημάτων εκάστου κύκλου το προμηθεύονται οι ειδικευόμενοι από τη Γραμματεία της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής.

Πιο συγκεκριμένα, το πρόγραμμα σπουδών του α' κύκλου καλύπτει την παρακάτω θεματολογία

- Εισαγωγή στις ψυχικές λειτουργίες και την ψυχιατρική συνέντευξη
- Ψυχοπαθολογία 1^{ου} κύκλου (Νοσολογία και ταξινομητικά συστήματα, σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές, συναισθηματικές διαταραχές, αγχώδεις διαταραχές και ΙΔΨ διαταραχή, εξαρτήσεις, διαταραχές προσωπικότητας)
- Εισαγωγή στις νευροεπιστήμες (ανάπτυξη και πλαστικότητα εγκεφάλου, νευροαπεικόνιση και νευροχημεία)

- Επείγουσα Ψυχιατρική (γενικές αρχές, αξιολόγηση οργανικότητας και διαταραχές χρήσης ουσιών στα επείγοντα, αξιολόγηση αυτοκτονικότητας, η διέγερση και η διαχείρισή της, καθώς και νομικά ζητήματα)
- Εισαγωγή στην Ψυχοφαρμακολογία (αρχές φαρμακοκινητικής, φαρμακοδυναμικής, βασικοί χειρισμοί κλινικής ψυχοφαρμακολογίας, συμμόρφωση στη θεραπεία, ανεπιθύμητες ενέργειες και αλληλεπιδράσεις, άλλες βιολογικές θεραπείες)
- Νευροψυχιατρική (νευροψυχιατρική αξιολόγηση, βασική νευροανατομία, νευρολογικά νοσήματα και ψυχιατρική, θεραπευτικές προσεγγίσεις)
- Νευροψυχολογία και ψυχομετρία (εκτίμηση νοητικών λειτουργιών, νευροψυχολογικές δοκιμασίες, ψυχομετρικά τεστ, αξιολόγηση της προσωπικότητας)
- Αναπτυξιακή Ψυχιατρική (βρεφική και προσχολική ηλικία, πρώτη σχολική ηλικία, εφηβεία)
- Ψυχογηριατρική (νευρονοητικές διαταραχές, νευροαπεικόνιση, συναισθηματικές διαταραχές τρίτης ηλικίας και κλίμακες αξιολόγησης)
- Διασυνδεδετική (Ψυχιατρική στο Γενικό Νοσοκομείο, ψυχικές διαταραχές σε σωματικούς ασθενείς)
- Νομικά και ηθικά θέματα στην Ψυχιατρική 1^{ου} κύκλου
- Μεθοδολογία της έρευνας και στατιστική
- Εισαγωγή στις ψυχοθεραπείες

Το πρόγραμμα σπουδών του 2ου κύκλου καλύπτει την παρακάτω θεματολογία:

- Ψυχοθεραπείες 2^{ου} κύκλου (Ψυχανάλυση και Ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες), (Γνωσιακές ψυχοθεραπείες), (Συμπεριφορικές θεραπείες και εφαρμογές τους), Οικογενειακές ψυχοθεραπείες και θεραπείες ζεύγους), (Ομαδικές ψυχοθεραπείες), (ειδικές ψυχοθεραπείες), (ψυχοεκπαίδευση)
- Κλινική Ψυχιατρική 2^{ου} κύκλου (PTSD, Διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, Διαταραχές πρόσληψης τροφής, Διαταραχές προσωπικότητας, Διαταραχές

ύπνου, Σεξουαλικότητα και διαταραχές, Ψυχική υγεία γυναικών, Αυτοκτονικότητα, Νευροαναπτυξιακές διαταραχές στον ενήλικα)

- Ψυχοφαρμακολογία 2^{ου} κύκλου
- Νευροεπιστήμες 2^{ου} κύκλου
- Ιατρική βασισμένη στα επιστημονικά δεδομένα
- Κοινωνική φροντίδα για σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- Εκτίμηση και αξιολόγηση στην ψυχική υγεία
- Διαχείριση πόρων και ποιότητα υγείας
- Πολιτική Δημόσιας υγείας
- Η Πρόληψη στην Ψυχιατρική
- Νομικά θέματα 2^{ου} κύκλου
- Ψυχιατρική και Τέχνη
- Ψυχιατρική και Τεχνολογία

Σημαντική επισήμανση:

Η παρακολούθηση του Θεωρητικού προγράμματος των δύο εκπαιδευτικών κύκλων είναι υποχρεωτική για τους ειδικευόμενους ψυχιάτρους της 1^{ης} Ψυχιατρικής Κλινικής του Αγινήτειου Νοσοκομείου. Οι δηλώσεις παρακολούθησης γίνονται μέχρι τις 8/9 εκάστου έτους για κάθε κύκλο μαθημάτων. Προκειμένου να θεωρείται ολοκληρωμένη η παρακολούθηση του εκπαιδευτικού προγράμματος, οι απουσίες σε κάθε σεμινάριο δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 25% των διδακτικών ωρών του σεμιναρίου.

Δικαίωμα συμμετοχής στον 1^ο κύκλο εκπαιδευτικών μαθημάτων έχουν υπό προϋποθέσεις και ειδικευόμενοι στην Ψυχιατρική άλλων Νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου που πρόκειται να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους στο μεσοδιάστημα του επόμενου ακαδημαϊκού έτους στο Αιγινήτειο. Οι αιτήσεις συμμετοχής για την παρακολούθηση του 1^{ου} κύκλου γίνονται δεκτές μέχρι 30/7 εκάστου έτους και ισχύουν οι ίδιοι όροι παρακολούθησης των ειδικευόμενων του Αιγινήτειου. Εξαιτίας όμως της μικρής διαθεσιμότητας θέσεων στις αίθουσες διδασκαλίας και του φροντιστηριακού χαρακτήρα των μαθημάτων, ο αριθμός των ειδικευόμενων αυτής της κατηγορίας που μπορεί να γίνει δεκτός είναι πολύ μικρός.

Τονίζεται ότι η Ψυχιατρική Κλινική του Αιγινήτειου Νοσοκομείου παρέχει πλήρη άσκηση στην Ψυχιατρική ειδικότητα χρονικής διάρκειας 4 ετών. Προσωρινά, το θεωρητικό εκπαιδευτικό της πρόγραμμα έχει συμπυκωθεί προκειμένου να διευκολύνει και ειδικευόμενους που έχουν επιλέξει τη μερική άσκηση στο Αιγινήτειο. Είναι απαραίτητο όμως, οι ειδικευόμενοι που επιθυμούν να ολοκληρώσουν την άσκησή τους στο Αιγινήτειο προερχόμενοι από άλλες ψυχιατρικές κλινικές, να υπολογίζουν τον χρόνο που απαιτείται για την ολοκλήρωση του εκπαιδευτικού προγράμματος στο Αιγινήτειο.

Εκπαίδευση στις Ψυχοθεραπείες

Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Θεραπεία (ΓΣΘ)

Όλοι οι ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής, έπειτα από ένα έτος εκπαίδευσής τους στην Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, έχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης του εισαγωγικού σεμιναρίου εκπαίδευσής στη Γνωσιακή και Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία (Α΄ κύκλος) που γίνεται υπό την αιγίδα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ) και της Ελληνικής Εταιρείας Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών.

Η παρακολούθηση του Α' κύκλου είναι υποχρεωτική και δωρεάν για τους ειδικευόμενους του Αιγινήτειου. Τελείται κάθε Τρίτη, 15:30 - 20:00, στο ΕΠΙΨΥ (Σωρανού του Εφείσιου 2, Παπάγου). Περιλαμβάνει θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση, καθώς οι εκπαιδευόμενοι χωρίζονται σε ομάδες και εξοικειώνονται μέσω role playing με τις τεχνικές της ΓΣΘ. Στο πέρας του εκπαιδευτικού σεμιναρίου διενεργούνται γραπτές εξετάσεις.

Όποιος εκπαιδευόμενος το επιθυμεί, μπορεί να συνεχίσει στον Β' κύκλο, αναλαμβάνοντας περιπτώσεις ασθενών με εποπτεία από επιβλέποντα. Η εκπαίδευση του Β' κύκλου περιλαμβάνει την ανάληψη και περάτωση, με εποπτεία, 8 κλινικών περιστατικών διαβαθμισμένης δυσκολίας και την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας. Διάρκει 3 έτη ενώ τα δίδακτρα κάθε έτους ανέρχονται σε 1500 ευρώ. Ο εκπαιδευόμενος παρακολουθεί εβδομαδιαίως εποπτείες (Τρίτη 15:00 - 17:00) ενώ για τα πρώτα δύο έτη παρακολουθεί, επίσης, το θεωρητικό πρόγραμμα και συμμετέχει στις ομάδες αναστοχασμού (Τρίτη 17:00 - 18:00). Όλες οι συνεδρίες με τους θεραπευόμενους καθώς και οι εποπτείες και τα θεωρητικά μαθήματα πραγματοποιούνται στους χώρους του Τμήματος Ψυχοθεραπειών (Δημητρέσσα 10).

Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Όλοι οι ειδικευόμενοι Ψυχιατρικής, έπειτα από ένα έτος εκπαίδευσής τους στην Α' Ψυχιατρική Κλινική, έχουν τη δυνατότητα παρακολούθησης του εισαγωγικού σεμιναρίου εκπαίδευσης στην Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία του τμήματος Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας.

Η παρακολούθηση του σεμιναρίου είναι δωρεάν και υποχρεωτική. Το σεμινάριο περιλαμβάνει θεωρητική εκπαίδευση πάνω σε βασικές έννοιες της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας αλλά και ψυχοδυναμική προσέγγιση κλινικών περιστατικών. Λαμβάνει χώρα κάθε Δευτέρα, 13:30 - 15:30, στο Τμήμα Ψυχοθεραπειών (Δημητρέσσα 10). Για όποιον εκπαιδευόμενο το επιθυμεί, δίνεται η δυνατότητα ανάληψης κλινικού περιστατικού με εβδομαδιαία εποπτεία, για χρονικό διάστημα διάρκειας δύο ετών.

Συστημική ψυχοθεραπεία ζεύγους - οικογένειας

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής έχει τη δυνατότητα, κατόπιν συνεννόησης με το Τμήμα Συστημικής Ψυχοθεραπείας, να παρακολουθήσει συνεδρίες, συμμετέχοντας στην ομάδα πίσω από τον καθρέφτη.

Επίσης, υπό την αιγίδα της Α' και της Β' Ψυχιατρικής κλινικής πραγματοποιείται δωρεάν εισαγωγικό σεμινάριο Ευαισθητοποίησης στη Συστημική Ψυχοθεραπεία, που περιλαμβάνει εκπαίδευση στις βασικές θεωρητικές έννοιες και σχολιασμό συνεδριών μέσω παρακολούθησης βιντεοσκοπημένου υλικού. Το σεμινάριο διενεργείται στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο "Αττικών" κάθε δεύτερη Τετάρτη, μεταξύ των ωρών 15:30 και 18:30.

Θεραπεία συμπεριφοράς

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής παρακολουθώντας το Ειδικό Ιατρείο Ιδιοψυχαναγκαστικής διαταραχής και συναφούς φάσματος, εκτός της κλινικής αξιολόγησης των περιστατικών, έρχεται σε επαφή με την εφαρμογή ψυχοεκπαίδευσης καθώς και συμπεριφορικών χειρισμών.

Διαλεκτική - Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής έρχεται σε επαφή με το συγκεκριμένο είδος ψυχοθεραπείας κατά την εκπαίδευσή του στο ειδικό ιατρείο διαταραχών πρόσληψης τροφής.

Εκπαίδευση στην έρευνα

Η Α' Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ έχει μακρά παράδοση ερευνητικής δραστηριότητας και προωθεί την ενασχόληση των ειδικευόμενων με την έρευνα σε όλους τους τομείς ενισχύοντας τα ενδιαφέροντά τους.

Ο θεσμός του μέντορα (σύμβουλος εκπαίδευσης) είναι προσανατολισμένος και σε αυτόν τον στόχο. Αναμένεται από τους ειδικευόμενους να μπορούν να αναζητούν πληροφορίες και επιστημονική βιβλιογραφία στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων, να μαθαίνουν να κρίνουν και να αξιολογούν αυτές τις πληροφορίες συμμετέχοντας σε παρουσιάσεις περιστατικών, βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και ερευνητικές εργασίες.

Παράλληλα, κατά τη διάρκεια της άσκησής τους οι ειδικευόμενοι έχουν την ευκαιρία να γνωρίσουν τα ειδικά ερευνητικά προγράμματα που εκπονούνται από τα μέλη της Κλινικής και συνδεόμενοι με αυτούς, να εξοικειωθούν με την ερευνητική μεθοδολογία και να αναπτύξουν, με την καθοδήγησή τους, δικά τους ερευνητικά ενδιαφέροντα. Καθώς η Ψυχιατρική Κλινική διαθέτει μεγάλο αριθμό ερευνητικών εργαστηρίων και συνεργάζεται ερευνητικά και εκπαιδευτικά με το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας (ΕΠΙΨΥ) «Κώστας Στεφανής», οι ειδικευόμενοι μπορούν επίσης να συνδεθούν με κάποιο από τα εργαστήρια και να παρακολουθήσουν τις δραστηριότητές του (Ψυχομετρίας, Ψυχιατρικής Επιδημιολογίας, Νευροψυχολογίας, Νευροβιολογίας, Ψυχοφυσιολογίας, Νευροφαινομενολογίας, Μελέτης του ύπνου, Μοριακής Γενετικής, Ψυχοακουστικής, Εφαρμοσμένης Ψυχοφαρμακολογίας ή Κλινικής Νευροχημείας και Μοριακής Νευροβιολογίας).

Η Κλινική παρέχει την ευκαιρία σε ειδικευόμενους που επιδεικνύουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην έρευνα να εκπονήσουν διδακτορική διατριβή.

Αρκετά από τα ερευνητικά προγράμματα μπορεί να είναι χρηματοδοτούμενα και μπορούν να απασχολήσουν νέους ψυχιάτρους επ' αμοιβή ως ακαδημαϊκούς υποτρόφους ή επιστημονικούς συνεργάτες, προσφέροντας παράλληλα και τη δυνατότητα εκπόνησης διατριβής.

IV. Επαγγελματικός προσανατολισμός

Μετά το πέρας της εκπαίδευσης στην ειδικότητα, ο ειδικευόμενος δίνει εξετάσεις για την απόκτηση του τίτλου του Ψυχιάτρου. Οι εξετάσεις γίνονται στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο κάθε δύο μήνες και αποτελούνται από δύο μέρη: το γραπτό μέρος διάρκειας 90 λεπτών

και το προφορικό μέρος, το οποίο πραγματοποιείται κατά κανόνα την επόμενη ημέρα των γραπτών, εφόσον ο εξεταζόμενος έχει περάσει επιτυχώς τις γραπτές εξετάσεις.

Μετά την απόκτηση του τίτλου του Ψυχιάτρου, υπάρχουν οι εξής επιλογές εργασίας:

- Εργασία σε ιδιωτικό ιατρείο
- Εργασία ως Ψυχίατρος σε ιδιωτικές κλινικές ή ιδιωτικές δομές ή ΜΚΟ με ειδικό ενδιαφέρον (π.χ. απεξάρτησης από ουσίες, διατροφικών διαταραχών, κ.α.)
- Εργασία ως Ψυχίατρος (επικουρικοί ιατροί, ιατροί ΕΣΥ) σε κλινικές ΕΣΥ ή και Πανεπιστημιακές κλινικές, με συμμετοχή σε πρωινά εξωτερικά ιατρεία, εφημερίες και εφόσον υπάρχει η δυνατότητα στο εκάστοτε νοσοκομείο, η συμμετοχή σε απογευματινά ιατρεία επί αμοιβής. Ο διορισμός σε δημόσιες δομές γίνεται μετά από διαγωνισμό μέσω ΑΣΕΠ
- Εργασία ως Ψυχίατρος σε δημόσιες κοινοτικές δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, κέντρα ημέρας ή ειδικές υπηρεσίες με ειδικό ενδιαφέρον
- Ακαδημαϊκή συνεργασία, με συμβάσεις εργασίας ως ακαδημαϊκός υπότροφος ή εξωτερικός συνεργάτης στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο ή σε άλλες πανεπιστημιακές κλινικές και υπηρεσίες.

V. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ακολουθεί λίστα ανά κατηγορία, με προτεινόμενα συγγράμματα (στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα), τα οποία θα βοηθήσουν τον ειδικευόμενο στην εκπαίδευσή του κατά τη λήψη της ειδικότητας:

1. Αναλυτικά συγγράμματα Ψυχιατρικής:

- 1.1. Companion to Psychiatric Studies (MRCPsy Study Guides), 8th ed. (Johnston et al. Elsevier, 2010)
- 1.2. Synopsis of Psychiatry, 11th ed. (Kaplan & Sadock, Lippincott Williams & Wilkins, 2015)
- 1.3. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 7th ed. (American Psychiatric Publishing, Inc, 2019)

- 1.4. Oxford Ψυχιατρική - Βασικές αρχές (Στεφανής Ν., Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2020)
 - 1.5. Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed. (Kaplan & Sadock, Wolters Kluwer, 2017)
 - 1.6. Σύγχρονη Ψυχιατρική (Παπαδημητρίου, Λιάππας & Λύκουρας, Εκδόσεις Βήτα, 2013)
- 2. Αξιολόγηση και ψυχιατρική συνέντευξη**
- 2.1. Psychiatric Interviewing and Assessment, 2nd ed. (Poole and Higgo, Cambridge, 2017)
 - 2.2. Psychiatric Interviewing, 3rd. ed. (Shea, W. B. Saunders, 2016)
 - 2.3. The Psychiatric Interview (Practical Guidelines in Interviewing), 2nd ed. (Carlat, Lippincott Williams & Wilkins, 2004)
 - 2.4. Handbook of clinical rating scales and Assessment in Psychiatry (Baer & Blais, Humana Press, 2010)
- 3. Ψυχιατρική φαινομενολογία και έλεγχος νοητικών λειτουργιών**
- 3.1. The Psychiatric Mental Status Examination (Trzepacz & Baker, Oxford University Press, 1993)
 - 3.2. Symptoms in the Mind, 6th ed. (Sims, Elsevier, 2018)
 - 3.3. Fish's Clinical Psychopathology (Casey and Kelly, Royal College of Psychiatrists, 2018)
 - 3.4. Cognitive Assessment for Clinicians, 3rd ed. (Hodges, Oxford University Press, 2017)
- 4. Διαγνωστικά συστήματα και κριτήρια στην Ψυχιατρική**
- 4.1. Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5® (Λίτσας, 2015)
 - 4.2. Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10th ed. (World Health Organization, 2008)
- 5. Διαχείριση ψυχιατρικών καταστάσεων**
- 5.1. Management of Mental Disorders, 5th ed. (Andrews et al., Independent Publishing Platform, 2013)
 - 5.2. Treatments of Psychiatric Disorders, 5th ed. (Gabbard, American Psychiatric Publishing, Inc., 2014)

- 5.3. Management of Mental Disorders 1&2 - Treatment protocol project, 4th ed. (World Health Organization Collaborating, 1997)
- 6. Οργανικός έλεγχος στην Ψυχιατρική**
- 6.1. Organic psychiatry: The psychological consequences of cerebral disorder, 4th ed. (Lishman, Wiley-Blackwell, 2009)
- 6.2. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 6th ed. (Arciniegas et al., APA Press, 2018)
- 6.3. Διασυνδετική Ψυχιατρική (Λύκουρας, Σολδάτος & Ζέρβας, Βήτα, 2009)
- 7. Ψυχοθεραπείες**
- 7.1. An Introduction to the Psychotherapies, 4th ed. (Bloch, Oxford University Press, 2016)
- 7.2. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας (Gabbard, Μ/συνάψεις, 2010)
- 7.3. Εισαγωγή στην ψυχανάλυση (Bateman & Holmes, Καστανιώτη, 2001)
- 7.4. Psychiatric Case Formulations (Sperry et al., American Psychiatric Publishing, Inc., 1992)
- 7.5. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, 5th ed. (Gabbard, American Psychiatric Press, Inc., 2014)
- 7.6. Oxford textbook of Psychotherapy (Gabbard, Beck & Holmes, Oxford University Press, 2007)
- 7.7. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics, 2nd ed. (Malan, Butterworth-Heinemann, 1995)
- 7.8. Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric problems: A Practical Guide (Hawton et al., Oxford Medical Publications, 1989)
- 7.9. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond, 3rd ed. (Beck, Guilford Press, 2020)
- 8. Ψυχοφαρμακολογία**
- 8.1. Essential Psychopharmacology, 4th ed. (Stahl, Cambridge University Press, 2013)

- 8.2. Fundamentals of Psychopharmacology, 3rd ed. (Leonard, Wiley Blackwell, 2003)
- 8.3. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry, 13th ed. (Wiley Blackwell, 2018)
- 8.4. Fundamentals of Clinical Psychopharmacology, 4th ed. (Anderson & McAllister-Williams, CRC Press, 2016)
- 9. Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**
 - 9.1. The Electroconvulsive Therapy Workbook - Clinical Applications (Weiss, Taylor and Francis Group, 2018)
- 10. Ψυχιατρική ουσιοεξαρτήσεων**
 - 10.1. Drugs & Alcohol Abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment (Schuckit, Springer, 2006)
- 11. Παιδοψυχιατρική**
 - 11.1. Clinical Child Psychiatry, 3rd ed. (Klykylo et al., John Wiley & Sons, 2012)
 - 11.2. Child and Adolescent Psychiatry, 6th ed. (Rutter et al, Wiley-Blackwell, 2016)
- 12. Ψυχιατροδικαστική**
 - 12.1. Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues, 2nd ed. (Gunn & Taylor, CRC Press, 2014)
- 13. Ψυχογηριατρική**
 - 13.1. Oxford textbook of Old Age Psychiatry, 3rd ed. (Denning & Thomas, Oxford University Press, 2020)

Σελίδες στο διαδίκτυο με χρήσιμο υλικό:

- Αιγινήτειο Νοσοκομείο: <https://eginitio.uoa.gr/>
- Σεμινάρια Ψυχοπαθολογίας: Παναγιώτης Ουλής: <https://psychopathology.gr/>
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία (ΕΨΕ): <https://psych.gr/>
- Περιοδικό της ΕΨΕ: <https://www.psychiatriki-journal.gr/index.php?lang=el>
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ): <https://www.epipsi.gr/index.php>
- Διαλεκτική Συμπεριφορική Θεραπεία: <https://www.dbt-greece.com/>

- Ελληνική Εταιρεία Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών:
<https://cognitivepsychotherapies.gr/>
- <https://www.psychiatrictimes.com/>

VI. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης στην Ψυχιατρική ειδικότητα, ο ειδικευόμενος ψυχίατρος οφείλει να γνωρίζει ιατρονομικά ζητήματα, ειδικά για την Ψυχιατρική. Παράλληλα, θα κληθεί να αξιολογήσει και να αντιμετωπίσει καταστάσεις, οι οποίες φέρουν ιδιαίτερο βαθμό δυσκολίας, όπως η περίπτωση του διεγερτικού και επιθετικού ασθενή, αλλά και του ασθενή με αυξημένη πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Νομικά και ηθικά ζητήματα στην κλινική Ψυχιατρική πράξη

Η δεοντολογία στην άσκηση της Ψυχιατρικής στηρίζεται στη νομολογία των παρακάτω κωδίκων καθώς και στις διεθνείς διακηρύξεις τις οποίες έχει συνυπογράψει η χώρα μας:

- Αστικός Κώδικας
- Ποινικός Κώδικας
- Δημοσιοϋπαλληλικός Κώδικας
- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Οι σχετικές διεθνείς διακηρύξεις που έχει υπογράψει η Ελλάδα είναι οι εξής:

- ΟΗΕ, 1991
- Διακήρυξη της Μαδρίτης, 1996
- Ιπποκράτεια θεώρηση της Ιατρικής
- Αυτονομία
- Πρόκληση οφέλους (μέσω της θεραπείας)
- Αποφυγή πρόκλησης βλάβης

- Δικαιοσύνη
- Διακήρυξη Χαβάης/II (Διεθνές Συνέδριο Ψυχιατρικής, 1977/1983)
- Πρόταση Κανονισμού R83/2 για την Προστασία ακούσια νοσηλευόμενων (Επιτροπή Υπουργών Συμβουλίου Ευρώπης, 22.02.1983)
- Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και Νομική Προστασία του Ψυχικά Ασθενούς (Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, Αθήνα, 17.10. 1989)
- Διακήρυξη της Μαδρίτης για τους Κανόνες Δεοντολογίας και την Ψυχιατρική Πρακτική (Γενική Συνέλευση της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρείας, 25 .08.1996)
- Ψήφισμα Συμβουλίου Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (18.11.1999)
- “Λευκή Βίβλος” προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αξιοπρέπειας ατόμων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή και ειδικότερα αυτών που τοποθετούνται ακουσίως σε ψυχιατρικά ιδρύματα (Επιτροπή Βιοηθικής Συμβουλίου της Ευρώπης, 2000)
- Σύσταση 10μελούς Επιτροπής Υπουργών του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ατόμων με ψυχικές διαταραχές (22 .09.2004)

ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΑΣΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Πιο συγκεκριμένα, για τους ασθενείς με ψυχική νόσο, έχουν αναπτυχθεί ειδικές επιτροπές και υπηρεσίες, στόχος των οποίων είναι η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών με νομική κάλυψη. Οι υπηρεσίες αυτές είναι οι εξής:

- Γραφείο προστασίας δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων. Σύμφωνα με τον Νόμο 2716/1999, Άρθρο 2 και τον Νόμο 2955/01, Άρθρο 12, δημιουργείται στο Υπουργείο Υγείας αυτοτελής υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών
- Γραφείο προστασίας ατόμων με ψυχικές διαταραχές
- Ειδική επιτροπή ελέγχου προστασίας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές (9μελής)

- Συνήγορος του πολίτη (Νόμος 2477/1997). Έχει δικαιοδοσία ελέγχου και έρευνας σχετικά με την προάσπιση δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων
- Συγκρότηση κατά Νοσοκομείο Ειδικής Τριμελούς Επιτροπής Προάσπισης Δικαιωμάτων του πολίτη (Νόμος 2519/1997)

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Υπό το πρίσμα της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, οι αποφάσεις για την προάσπιση της υγείας του ψυχικά ασθενούς λαμβάνονται με γνώμονα το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Τα δεοντολογικά ζητήματα που προκύπτουν από την εφαρμογή του μοντέλου αυτού συνοψίζονται στα εξής:

1. Επιλογή κατάλληλης θεραπείας
2. Δικαίωμα του ασθενή να λαμβάνει πληροφόρηση και να παρέχει τη συγκατάθεσή του
3. Σχέση εχεμύθειας και ιατρικό απόρρητο
4. Σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου και διατήρηση των ορίων αυτής της σχέσης
5. Συναλλαγές θεραπευτών με τρίτους εμπλεκόμενους
6. Κριτήρια επαγγελματικής επάρκειας
7. Συγκρούσεις μεταξύ αξιών
8. Διλήμματα συνδεδεμένα με πολιτισμικές ή δεοντολογικές ιδιαιτερότητες του θεραπευτή ή του θεραπευόμενου

ΚΩΔΙΚΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ακολουθούν σημαντικά σημεία των διεθνών κατευθυντήριων οδηγιών που έχουν συνταχθεί από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (ΠΨΕ) και αφορούν στην Ψυχιατρική Δεοντολογία.

Κατευθυντήριες Οδηγίες της ΠΨΕ στη Διακήρυξη της Χαβάης (1977), Βιέννης, Ιταλίας (1983), Αθήνας (1989), Μαδρίτης (1996), Αμβούργου (1999), Γιοκοχάμα (2002) και Κάιρου (2005)

1. Σκοπός της Ψυχιατρικής είναι να προάγει την υγεία, ιδιαίτερα την ψυχική υγεία, την προσωπική αυτονομία και την ανάπτυξη του ανθρώπου. Ασχολείται με την πρόληψη ψυχικών διαταραχών στην πληθυσμό, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Κάθε ασθενής πρέπει να λαμβάνει την καλύτερη δυνατή θεραπεία με σεβασμό στην αξιοπρέπεια και στην αυτονομία της προσωπικής του ζωής και υγείας
2. Καθήκον του κάθε επαγγελματία αποτελεί η ενημέρωσή του για τις επιστημονικές εξελίξεις στην Ψυχιατρική, καθώς και η διάδοση της γνώσης αυτής
3. Η θεραπευτική σχέση στηρίζεται στην αμοιβαία συμφωνία. Απαιτεί εμπιστοσύνη, εχεμύθεια, συνεργασία και αμοιβαία ανάληψη ευθύνης
4. Ο ασθενής δικαιούται ενδελεχούς ενημέρωσης για τη φύση του προβλήματός του, τις προτεινόμενες διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες, με τρόπο πάντοτε κατανοητό για τον πάσχοντα
5. Καμία θεραπεία ή άλλη διαδικασία δεν πρέπει να δίνεται ενάντια στη θέληση του ασθενούς, παρά μόνο στις περιπτώσεις – συνήθως ψυχικής νόσου ή έκπτωσης νοητικών λειτουργιών – που το άτομο δεν μπορεί να αντιληφθεί ότι θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του ή/και τους άλλους
6. Μόλις οι όροι για την υποχρεωτική θεραπεία παύσουν να ισχύουν, ο ασθενής θα πρέπει να αφήνεται ελεύθερος, εκτός αν οικειοθελώς συναινεί να συνεχίσει τη θεραπεία του
7. Ο ψυχίατρος δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιεί τις δυνατότητες που του δίνει το επάγγελμά του, προκειμένου να φέρεται άσχημα σε άτομα ή ομάδες ανθρώπων, όπως δεν θα πρέπει να συμμετέχει σε υποχρεωτική θεραπεία στην περίπτωση που δεν υπάρχει ψυχική νόσος

8. Εμπιστευτικότητα – Επαγγελματικό απόρρητο. Σε περίπτωση άρσης του απορρήτου, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται εγκαίρως
9. Η ενημερωμένη συναίνεση (informed consent) θα πρέπει να λαμβάνεται προτού ο ασθενής ή τα στοιχεία του φακέλου του χρησιμοποιηθούν ως περιστατικό σε οποιαδήποτε εκπαιδευτική ή ερευνητική δραστηριότητα και πάντοτε φυσικά εξασφαλίζοντας την ανωνυμία του

Ειδικές κατευθυντήριες οδηγίες ΠΨΕ - Διακήρυξη της Μαδρίτης (1996) και συνέδριο του Αμβούργου (1999)

- Ως προς την ευθανασία
- Ως προς τα βασανιστήρια
- Ως προς τη θανατική καταδίκη
- Ως προς την προεπιλογή φύλου
- Ως προς τη μεταμόσχευση οργάνων
- Ψυχίατροι στα ΜΜΕ και τήρηση του ιατρικού απορρήτου
- Ο ρόλος των ψυχιάτρων στις διακρίσεις με βάση τη φυλή ή την κουλτούρα
- Ο ρόλος των ψυχιάτρων στη γενετική έρευνα και συμβουλευτική
- Ηθικές αρχές ψυχοθεραπείας
- Σύγκρουση συμφερόντων και σχέσεις με τη φαρμακοβιομηχανία
- Σύγκρουση συμφερόντων με τρίτα πρόσωπα (μετόχους, οικονομικούς διευθυντές, κλπ.)
- Διάσπαση ορίων και κατάχρηση εμπιστοσύνης μεταξύ ψυχιάτρου και ασθενούς
- Προστασία των επαγγελματικών δικαιωμάτων
- Ανακοίνωση της διάγνωσης άνοιας
- Πολλαπλοί ρόλοι και υποχρεώσεις του ψυχιάτρου (π.χ. δικαστήρια, πραγματογνωμοσύνη, κλπ.)

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ

Η Ψυχιατρική οφείλει να παρέχει μια ολιστική προσέγγιση στα προβλήματα του ασθενούς και για να το επιτύχει αυτό, ο ειδικευόμενος θα πρέπει να αναπτύξει και να καλλιεργήσει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και δεξιότητες, πλέον της απόκτησης γνώσεων του αντικειμένου, όπως:

- Ακεραιότητα
- Αυξημένη αυτοεπίγνωση
- Γνώση των κανόνων δεοντολογίας
- Επιστημονική επάρκεια
- Μηδενική ανοχή στις διακρίσεις
- Πολιτισμικές δεξιότητες
- Ευαισθησία – Ικανότητα ενσυναίσθησης (empathy)

Ειδικά θέματα

ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας (Νόμος 3418/2005) αναφέρει τα εξής, ως προς τη συναίνεση του ασθενούς στην ιατρική παρέμβαση:

Υποχρέωση ενημέρωσης

1) Άρθρο 11

- α) **Ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή.** Οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, **έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και**

οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων

2) Άρθρο 12

- a) **Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή**
- b) Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες:
 - i) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο
 - ii) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση

Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση **δίδεται από τους οικείους του ασθενή.** Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής.

3) Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση:

- a) **Στις επείγουσες περιπτώσεις,** κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει **άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη** παροχής ιατρικής φροντίδας
- b) Στην περίπτωση **απόπειρας αυτοκτονίας**
- c) Αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, **αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή**

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΠΟΡΡΗΤΟ

Το ιατρικό απόρρητο ισχύει, όπως στο σύνολο της ιατρικής και στην Ψυχιατρική. Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής θα πρέπει να αναγνωρίζει την ευθύνη και τις συνέπειες της μη τήρησης του ιατρικού απόρρητου. Υπενθυμίζονται τα εξής:

- Η διάσπαση του απόρρητου συνεπάγεται νομικές ευθύνες και αποτελεί συχνά αιτία δικαστικών διώξεων
- Η εξασφάλιση της εχεμύθειας αποτελεί προϋπόθεση, ώστε ο ασθενής να μιλάει ελεύθερα με τον θεραπευτή
- Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το δικαίωμα της ιδιωτικότητας αναγνωρίζεται από το άρθρο 8 παρ. 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του ανθρώπου
- Σε εθνικό επίπεδο, η ιδιωτικότητα αναγνωρίστηκε στο ελληνικό Σύνταγμα αρχικά ως «δικαίωμα στην ιδιωτική και οικογενειακή ζωή» (άρθρο 9, παρ. 1) και προσφάτως, ως «δικαίωμα προστασίας των προσωπικών δεδομένων» (άρθρο 9Α)
- Το άρθρο 371 του Ποινικού Κώδικα απειλεί με χρηματική ποινή ή φυλάκιση ενός έτους τους ιατρούς, μαίες, νοσοκόμους, φαρμακοποιούς και βοηθούς αυτών, όταν παραβιάζουν το καθήκον της επαγγελματικής εχεμύθειας

ΑΡΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Σε ειδικές καταστάσεις, το ιατρικό απόρρητο μπορεί να αρθεί (Νόμος 3418/05, Άρθρο 13).

Οι καταστάσεις στις οποίες μπορεί να συμβεί αυτό είναι οι εξής:

- 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 περιπτώσεις 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 (π.χ. κακοποίηση παιδιού, επικινδυνότητα εαυτού ή τρίτων, εκούσια μετάδοση λοιμώδους νοσήματος, κλπ.)

- 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 (π.χ. δικαστική πλάνη κατά του ιατρού)
- Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας
- Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος τον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολέων τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της
- Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή

Η βλάβη στην προσωπική αυτονομία αντιρροπείται από ευεργετικό αποτέλεσμα σε άλλη ηθική αρχή.

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί ακούσια νοσηλεία ψυχιατρικού ασθενούς, θα πρέπει να πληρούνται κάποια κριτήρια που να αιτιολογούν τη νοσηλεία. Στη σύγχρονη ιστορία της Ελλάδας, εφαρμόστηκαν κατά καιρούς διάφορα νομοσχέδια, ως προς την ακούσια νοσηλεία. Ιστορικά αναφέρονται τα εξής, καθώς και το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο:

- ΨΜΒ του 1862 «περί συστάσεως φρενοκομείων»

- Νόμος 104/73 του 1973 «περί ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των ψυχικά πασχόντων»
- Νόμος 2071/92: «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του συστήματος Υγείας»

ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ - ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (Ν. 2071/92. Άρθρο 95)

Για να πραγματοποιηθεί ακούσια νοσηλεία, θα πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια:

1. Να ισχύουν τα εξής τρία:
 - a. Το άτομο πρέπει να πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή
 - b. Το άτομο πρέπει να μην είναι ικανό να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του
 - c. Η έλλειψη νοσηλείας πρέπει να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλειστεί από τη θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του
2. Εναλλακτικά, η νοσηλεία του ψυχιατρικού ασθενούς θα πρέπει να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτου

Ιδιαίτερα για την ακούσια νοσηλεία σημειώνονται τα εξής στοιχεία:

1. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή
2. Την ακούσια νοσηλεία του φερόμενου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγός του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλάγιου μέχρι και δευτέρου βαθμού ή όποιος έχει την επιμέλεια του προσώπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Εάν δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε επείγουσα περίπτωση, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και αυτεπάγγελτα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του ασθενή
3. Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου κατοικίας ή διαμονής του προσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την αίτηση θα πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνωματεύσεις δύο ψυχιάτρων ή ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ειδικότητας. Οι ιατροί

που συντάσσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε σχέση συγγένειας με τον αιτούντα ή τον φερόμενο στην αίτηση ως ασθενή

4. Στην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα ο εισαγγελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν ανέφικτη η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να εξεταστεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των γνωματεύσεων σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά του διενεργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, η δε παραμονή του εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες
5. Τρεις ημέρες μετά τη μεταφορά του ασθενή, ο εισαγγελέας πρωτοδικών ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές πρωτοδικείο στο οποίο υπηρετεί να συνεδριάσει μέσα σε 10 ημέρες κατά την κρίση του "κεκλεισμένων των θυρών", για την προστασία της ιδιωτικότητας του ασθενή. Στη συνεδρίαση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο οποίος δικαιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του φερόμενου ως ασθενή, οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να συντμηθούν
6. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν δεν συντρέχουν οι λόγοι που ίσχυαν κατά την εισαγωγή του ασθενούς (μαζί με το εξιτήριο κοινοποιείται η σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα)
7. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία
8. Ο ασθενής ή συγγενείς του, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω ή ο επίτροπός του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες

9. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα
10. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα Ν.Π.Ι.Δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα
11. Σύμφωνα με τον Ν.4509/2017 και το άρθρο 69 του Ποινικού Κώδικα, από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η “φύλαξη” ασθενή. Αν κάποιος τέλεσε αξιόποινη πράξη, η οποία απειλείται με ποινή στέρησης της ελευθερίας τουλάχιστον ενός (1) έτους ή έγκλημα κατά της ζωής ή της σωματικής ακεραιότητας, που απειλείται με ποινή στέρησης της ελευθερίας τουλάχιστον τριών (3) μηνών και απαλλάχθηκε από την ποινή λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, το δικαστήριο διατάσσει κατάλληλο για τη θεραπεία του μέτρο, εφόσον κρίνει ότι, εξαιτίας της κατάστασής του, υπάρχει κατά το χρόνο έκδοσης της απόφασης κίνδυνος, αν αφεθεί ελεύθερος, να τελέσει και άλλα τουλάχιστον ανάλογης βαρύτητας εγκλήματα. Η διάταξη της απόφασης που αφορά το θεραπευτικό μέτρο εκτελείται με φροντίδα της εισαγγελικής αρχής και περιλαμβάνει:
 - a. Νοσηλεία σε ειδικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου
 - b. Νοσηλεία σε ψυχιατρικό τμήμα δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου
 - c. Υποχρεωτική θεραπεία και ψυχιατρική παρακολούθηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε κατάλληλη εξωνοσοκομειακή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ή εξωτερικά ιατρεία δημόσιου ψυχιατρικού ή γενικού νοσοκομείου
12. Η αντιμετώπιση τοξικομανών διέπεται από ειδική νομοθεσία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ο αυτοκτονικός και ο διεγερτικός ασθενής

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο κίνδυνος απόπειρας αυτοκτονίας, αλλά και τα ποσοστά συντελεσμένων αυτοκτονιών στους ψυχιατρικούς ασθενείς είναι μεγάλος. Ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας αναφέρονται η διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής (κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια, κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας, κ.α.), η διάγνωση από άλλα νοσήματα, όπως ο καρκίνος, η νόσος του Crohn, πρόσφατες βαριές χειρουργικές επεμβάσεις, γενετικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες, κ.α.

Ο ειδικευόμενος Ψυχιατρικής θα κληθεί να αναγνωρίσει, να εκτιμήσει και να αντιμετωπίσει εγκαίρως την κατάσταση αυτή στην κλινική, στα εξωτερικά ιατρεία, στα Ιατρεία Επειγόντων Περιστατικών και στα πλαίσια της διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Επιπλέον, ιδίως στο πλαίσιο της διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, ο ειδικευόμενος θα πρέπει να αποκτήσει δεξιότητες πάνω στην αντιμετώπιση και στήριξη ασθενών που έχουν ήδη προβεί σε απόπειρα αυτοκαταστροφής και νοσηλεύονται σε άλλες, μη ψυχιατρικές κλινικές. Πρέπει να σημειωθεί ότι έως τώρα δεν υπάρχει απόλυτος τρόπος πρόβλεψης για το ποιος ασθενής θα συντελέσει αυτοκτονία (ευαισθησία) και ποιος όχι (ειδικότητα). Εξάλλου, η εκτίμηση της πιθανότητας αυτοκτονίας ενός ασθενούς είναι δυναμική υπό την έννοια ότι αφορά στη δεδομένη περίοδο της ζωής του και δεν αφορά διά βίου πιθανότητα, εφόσον η πιθανότητα αυτή δύναται να αλλάξει στην πορεία του χρόνου. Τέλος, σημειώνεται ότι η συζήτηση για αυτοκτονία δεν επάγει αυτοκτονικότητα στον ασθενή.

Κατά την εκτίμηση του ασθενούς με κίνδυνο αυτοκτονίας, λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία (ιδιαιτερότητα ασθενούς, θρησκευτικές και υπαρξιακές πεποιθήσεις, λόγοι για να μην αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, κ.α.)
- Κλινικά δεδομένα (απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν, θεραπευτική σχέση, συμμόρφωση με θεραπεία, αυτοκτονικός ιδεασμός και σχεδιασμός, κατάχρηση ουσιών, ψυχιατρικές διαγνώσεις και συμπτωματολογία, παρορμητικότητα, ατομικό

και οικογενειακό ιστορικό, νοητική κατάσταση, ιστορικό παιδικής σεξουαλικής/σωματικής κακοποίησης)

- Διαπροσωπικές σχέσεις (συνεργάτες, σχέση με σύντροφο και παιδιά)
- Κοινωνικές παράμετροι (εργασιακή κατάσταση, συνθήκες διαβίωσης, οικονομικό επίπεδο, υποστηρικτικό περιβάλλον, πρόσβαση σε όπλα ή βλαβερές ουσίες)
- Δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, φυλή, εποχή του χρόνου)

Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες δρουν προστατευτικά, μειώνοντας την πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας για τον συγκεκριμένο ασθενή (π.χ. υποστηρικτικό περιβάλλον), ενώ άλλοι αυξάνουν τον κίνδυνο (π.χ. ανεργία). Κάθε εξεταζόμενος, σε οποιοδήποτε πλαίσιο και αν διερευνάται (π.χ. εξωτερικά ιατρεία, ψυχιατρική κλινική, διασυνδεδετική, κλπ.), θα πρέπει να εκτιμάται ως προς την πιθανότητα αυτοκτονικότητας. Σημειώνεται ότι το 25% των ασθενών με αυξημένη πιθανότητα αυτοκτονίας δεν παραδέχονται αυτοκτονικό ιδεασμό στον θεράποντα, αν και μπορεί να το αναφέρουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αυτό μπορεί να συμβαίνει για διάφορους λόγους (π.χ. ο ασθενής δεν θέλει να τον εμποδίσει κανείς από το να αυτοκτονήσει, φοβάται ότι αν μιλήσει για αυτοκτονία, θα νοσηλευτεί ακούσια, μπορεί να ντρέπεται, να έχει αλεξιθυμία ή να είναι παντελώς απελπισμένος).

Στην εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας συμπεριλαμβάνεται και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, κάτι που είναι συχνό στις διαταραχές προσωπικότητας (π.χ. οριακή διαταραχή προσωπικότητας ή αστάθειας του συναισθήματος). Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές περιλαμβάνουν τους αυτοτραυματισμούς (καψίματα, εκδορές, κοψίματα, δήγματα), αλλά και κάθε είδους άσκοπη επικίνδυνη συμπεριφορά (π.χ. οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, οδήγηση σε υψηλές ταχύτητες, κ.α.). Η αυτό-ακρωτηριαστική συμπεριφορά διπλασιάζει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας διενεργείται με διάφορα εργαλεία (π.χ. Scale for Suicide Ideation και Risk Estimator for Suicide) και μέσω της συνέντευξης, ακολουθώντας ορισμένα βήματα:

- Έχει αυτοκτονικό ιδεασμό ο ασθενής; Αν όχι, καταγράφεται και καταχωρείται η αρνητική του απάντηση
- Αν ναι, ερωτάται για τους τρόπους με τους οποίους σκέφτεται να βάλει τέλος στη ζωή του
- Διερευνάται από το ιστορικό του αν είχε στο παρελθόν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, και αν ναι, αξιολογούνται ο τρόπος, το αποτέλεσμα (π.χ. νοσηλεία), καθώς και τα συναισθήματά για αυτές τις απόπειρες
- Διερευνάται ο πρόσφατος αυτοκτονικός ιδεασμός, ως προς το σχέδιο, τη διάρκεια, τη συχνότητα και την ένταση των σκέψεων
- Αξιολογείται η υποκειμενική πρόθεση (π.χ. οι λόγοι για να αυτοκτονήσει)
- Αξιολογείται η αντικειμενική πρόθεση (π.χ. γράμμα αυτοκτονίας, έρευνα στο διαδίκτυο, πρόβες, κλπ.)
- Αξιολογούνται ενδεχόμενοι προστατευτικοί παράγοντες (π.χ. λόγοι για να μην αυτοκτονήσει)

Συνοπτικά, παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία θεωρούνται οι εξής:

- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας
- Τάση να χάνει το άτομο την ψυχραιμία του και να γίνεται επιθετικός με ελάχιστη πρόκληση
- Οικογενειακό ιστορικό απόπειρας ή συντελεσμένης αυτοκτονίας
- Μοναχική ζωή, χρόνιο σοβαρό άλγος ή πρόσφατη (τελευταίου τριμήνου) απώλεια
- Πρόσφατη νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική ή πρώτη διάγνωση ψυχιατρικής διαταραχής (μείζονος κατάθλιψης, διπολικής διαταραχής ή σχιζοφρένειας)
- Πρόσφατα αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή επιδείνωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων
- Πρόσφατη (τελευταία εβδομάδα) ενασχόληση με σχέδια αυτοκτονίας
- Πρόσφατη ψυχοκινητική ανησυχία, εκσεσημασμένο άγχος ή απελπισία
- Πρόσφατη διάγνωση σοβαρής σωματικής νόσου, όπως καρκίνος, άνοια, κ.α.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΤΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ο αυτοκτονικός ασθενής με μείζονα συναισθηματική διαταραχή (κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή) αντιμετωπίζεται αναλόγως της περίπτωσης:

- Σε προστατευμένο περιβάλλον (π.χ. κλινική, νοσοκομείο) είτε με εκούσια είτε με ακούσια νοσηλεία
- Φαρμακευτικά (αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά βενζοδιαζεπίνες μακράς διάρκειας, λίθιο). Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στον περιορισμό της πρόσβασης του αυτοκτονικού ασθενούς σε φάρμακα, καθώς η φαρμακευτική απόπειρα αυτοκτονίας δεν είναι σπάνια μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας
- Με άλλες βιολογικές θεραπείες (π.χ. ηλεκτροσπασμοθεραπεία)
- Με ψυχοθεραπεία (π.χ. γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία), κατά κανόνα ταυτόχρονα με κάποια βιολογική θεραπεία ή και σε δεύτερο χρόνο

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Από τις αγχώδεις διαταραχές, η Διαταραχή Πανικού, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Διαταραχή Κοινωνικής Φοβίας, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD) συνοδεύονται συχνά από κατάθλιψη και συνεργικά αυξάνουν την αυτοκτονικότητα. Στη Διαταραχή Πανικού, παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία είναι οι εξής:

- Νεαρή ηλικία
- Έναρξη νόσου σε μικρή ηλικία
- Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- Πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ
- Επιδείνωση συμπτωμάτων πανικού
- Μειωμένη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

- Αντιλαμβανόμενες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμακευτικής αγωγής
- Συνύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής, διαταραχής προσωπικότητας, διαταραχής πρόσληψης τροφής ή κατάχρηση ουσιών

Στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, η συνύπαρξη των ακόλουθων ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνει την αυτοκτονικότητα:

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Διαταραχή πανικού
- Κοινωνική φοβία
- Αγοραφοβία
- Διπολική Διαταραχή
- Κατάχρηση αλκοόλ

Στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, υπάρχουν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία που σχετίζονται με το περιεχόμενο των ιδεοληψιών και τα χαρακτηριστικά των καταναγκασμών, όπως οι ιδεοληψίες θρησκευτικού ή σεξουαλικού περιεχομένου, οι ιδεοληψίες τάξης ή συμμετρίας και οι επαναλαμβανόμενοι καταναγκασμοί ή οι καταναγκασμοί επιβεβαίωσης. Επιπλέον, η συννοσηρότητα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, η κατάχρηση ουσιών και η Διαταραχή Παρορμήσεων αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα αυτοκτονίας είναι η παρορμητικότητα, η πτωχή κοινωνική υποστήριξη, η συννοσηρότητα με κατάθλιψη ή Διαταραχή Προσωπικότητας (τύπου B), η εχθρότητα, το ιστορικό παιδικής (ή πρόσφατης) κακοποίησης, η πτωχή κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα, η ανεργία και ο βαθμός της απειλής της ζωής.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η πιθανότητα αυτοκτονίας στους ασθενείς με κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, κάνναβη, οπιοειδή, κοκαΐνη, MDMA, εισπνεόμενα, κλπ.) είναι αυξημένη. Σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονικότητα αυτών των ασθενών παίζουν τα εξής:

- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας
- Ιστορικό υπερβολικής δόσης
- Σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση πριν την ηλικία των 18 ετών
- Συνθήκες ζωής (π.χ. άγαμος)
- Κατάχρηση πολλαπλών ουσιών
- Χρήση ουσιών πριν τη συνέντευξη
- Βαρύτητα κατάχρησης
- Συννοσηρότητα με διαταραχή προσωπικότητας ή άλλης ψυχιατρικής διαταραχής (π.χ. κατάθλιψη)
- Παρουσία αισθήματος ανεπάρκειας

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Σε ασθενείς με διάγνωση Σχιζοφρένειας και αυτοκτονικότητα ισχύουν οι παρεμβάσεις που γίνονται και στις μείζονες συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη και διπολική διαταραχή). Οι συντελεσμένες αυτοκτονίες στους ασθενείς με διάγνωση Σχιζοφρένειας είναι 10%, ενώ η συχνότητα απόπειρας αυτοκτονίας στους ασθενείς με Σχιζοφρένεια φτάνει το 55%, σύμφωνα με μελέτες. Στους παράγοντες κινδύνου σε αυτούς τους ασθενείς λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας
- Συννοσηρότητα με κατάθλιψη ή κατάχρηση ουσιών
- Άρρεν φύλο
- Πρόσφατη διάγνωση Σχιζοφρένειας (πρώτο επεισόδιο)
- Μη υποστηρικτικό περιβάλλον
- Πιθανώς η ύπαρξη διατακτικών ακουστικών ψευδαισθήσεων

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στις Διαταραχές Προσωπικότητας, αξιολογείται η αυτοκτονικότητα στα πλαίσια της διαχρονικά αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς (π.χ. αυτοτραυματισμοί, επικίνδυνη και παρορμητική συμπεριφορά, κλπ.), αλλά και η συννοσηρότητα με κατάθλιψη ή με κατάχρηση ουσιών. Είναι ιδιαίτερα συχνή η απόπειρα αυτοκτονίας, αλλά και η συντελεσμένη αυτοκτονία σε ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας, όπως η οριακή, η αντικοινωνική, η ναρκισσιστική και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας. Ως προς την αντιμετώπιση του αυτοκτονικού ασθενούς με διαταραχή προσωπικότητας, πέρα από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, προτείνεται η ενδεδειγμένη ψυχοθεραπεία (συστημική, ψυχοδυναμική, διαλεκτική συμπεριφορική, γνωσιακή ψυχοθεραπεία και θεραπεία σχημάτων).

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ψυχοκινητική ανησυχία είναι η παθολογική εκείνη κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη, μη στοχοκατευθυνόμενη κινητική δραστηριότητα και αγχώδη υπερεπαγρύπνηση. Ο συνδυασμός ψυχοκινητικής ανησυχίας και επιθετικότητας καλείται **ψυχοκινητική διέγερση**. Η **επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά** αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό τμήμα της επείγουσας Ψυχιατρικής και έχει τις εξής τρεις μορφές: λεκτική, σωματική εναντίων άλλων ανθρώπων (ή ζώων) και καταστροφή αντικειμένων. Στο πλαίσιο των Ιατρικών Επειγόντων Περιστατικών, καθήκον των ψυχιάτρων είναι η εξασφάλιση της ασφάλειας, μέσω της άμεσης αναγνώρισης του ψυχοκινητικά ανήσυχου ή διεγερτικού ασθενούς, της ταχείας διαγνωστικής εκτίμησης και αξιολόγησης του ρόλου της ψυχοπαθολογίας και φυσικά, της κατάλληλης διαχείρισης και αντιμετώπισης.

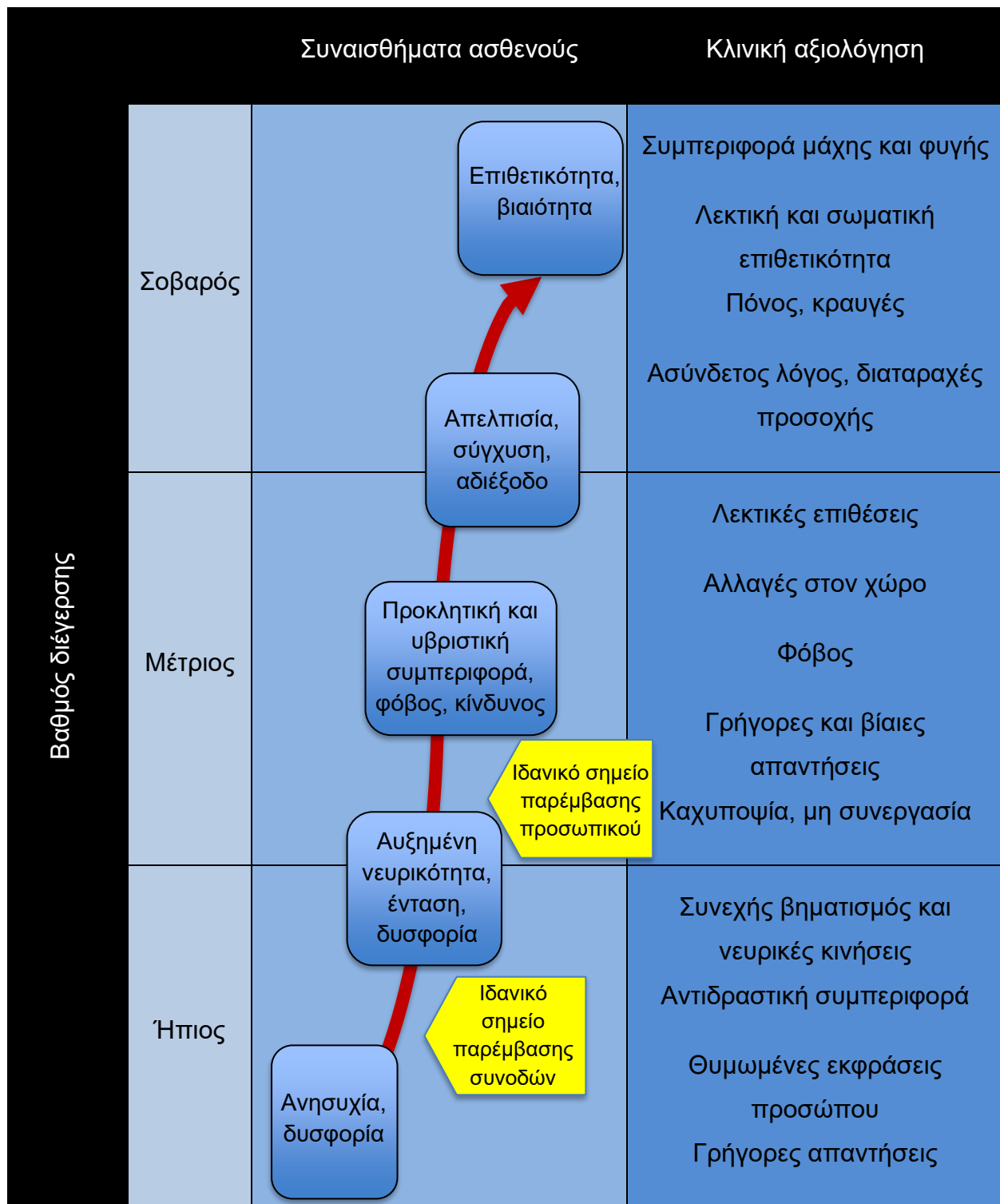
Ξεκινώντας, θα πρέπει πρωτίστως να αποκλειστούν τα οργανικά αίτια εκδήλωσης της βίαιης συμπεριφοράς. Αυτά είναι οι **συστηματικές διαταραχές** όπως υπογλυκαιμία, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υπερθερμία, πορφυρία, ουραιμία, ηπατική εγκεφαλοπάθεια, η **βλάβη του εγκεφάλου** από τραύμα, όγκο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, φλεγμονή, απομυελίνωση, επιληψία, οι **ενδοκρινικές δυσλειτουργίες**, όπως οι διαταραχές της θυρεοειδικής λειτουργίας, η νόσος Cushing, η νόσος Addison, αλλά και η **ανεπάρκεια**

βιταμινών, οι λοιμώξεις και η δηλητηρίαση. Άλλα αίτια είναι το οργανικό ψυχοσύνδρομο και οι νευρονοητικές διαταραχές - άνοιες. Η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς πολύ συχνά οφείλεται επίσης σε τοξίκωση ή στέρηση από αλκοόλ, ψυχοδραστικές ουσίες και φάρμακα.

Ψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς είναι η Σχιζοφρένεια και οι συναφείς διαταραχές, οι συναισθηματικές διαταραχές, όπως η Διπολική Συναισθηματική Διαταραχή – μανιακό επεισόδιο και η διεγερμένη κατάθλιψη, οι Διαταραχές Προσωπικότητας, όπως η οριακή και η αντικοινωνική, και οι Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές, όπως η νοητική υστέρηση και η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητας.

Σπουδαίο είναι, επίσης, να γίνεται **εκτίμηση του κινδύνου εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς**. Παράγοντες που συμβάλλουν σε αύξηση του κινδύνου αυτού είναι, για παράδειγμα, η εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς στο παρελθόν, η κακή συμμόρφωση στην ψυχιατρική περίθαλψη, η πρόσφατη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, η χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, το ανδρικό φύλο, οι ψυχοπιεστικές συνθήκες της ζωής και η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Στόχος θα πρέπει να είναι η αναγνώριση της **πρόδρομης φάσης**, δηλαδή των σημείων εκείνων που προηγούνται της επιθετικής συμπεριφοράς και η έγκαιρη παρέμβαση στο σημείο αυτό, ώστε να υφεθεί η ανησυχία του ασθενούς προτού εξελιχθεί σε διέγερση – επιθετικότητα. Η ψυχοκινητική ανησυχία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια δυναμική κατάσταση – ένα συνεχές – και για αυτό πολλοί συγγραφείς την έχουν διαχωρίσει σε στάδια ή φάσεις κλιμάκωσης. Τα συνηθέστερα σημεία της πρόδρομης φάσης είναι: γρήγορο βάδισμα, νευρικές κινήσεις, ταχύπνοια, απειλητικές χειρονομίες, χτύπημα τοίχων ή αντικειμένων, υψηλός τόνος φωνής, σύντομες απαντήσεις, λεκτικές απειλές, προφορική έκφραση θυμού και ανησυχίας. Ενδιαφέρον έχει το παρακάτω σχήμα, στο οποίο διαφαίνεται η βαρύτητα της ψυχοκινητικής ανησυχίας (ήπια, μέτρια, σοβαρή), καθώς και το ιδανικό σημείο παρέμβασης των συνοδών και του προσωπικού.



Βαρύτητα ψυχοκινητικής ανησυχίας με διαβάθμιση βαθμού διέγερσης σε ήπιο, μέτριο και σοβαρό:
 Η παρέμβαση των συνοδών θα πρέπει να περιορίζεται στο ήπιο στάδιο διέγερσης μόνο, ενώ το προσωπικό του τμήματος επεμβαίνει ιδανικά όταν η κατάσταση από ήπια γίνεται μέτριας βαρύτητας.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η αντιμετώπιση του ψυχοκινητικά ανήσυχου - διεγερτικού ασθενούς διέπεται από τέσσερις βασικούς κανόνες:

1. **Διαφύλαξη της ασφάλειας** του ασθενούς, του προσωπικού και των υπολοίπων στο χώρο
2. Παροχή βοήθειας στον ασθενή με στόχο τη διαχείριση των συναισθημάτων και της δυσφορίας του και επομένως τη διατήρηση ή την **επαναφορά του ελέγχου της συμπεριφοράς** του
3. **Αποφυγή της χρήσης περιορισμού**, όποτε αυτό είναι δυνατό
4. **Αποφυγή καταναγκαστικών παρεμβάσεων**

Πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η διεξαγωγή της ψυχιατρικής εκτίμησης σε ένα **ασφαλές περιβάλλον**. Αυτό προϋποθέτει τόσο τον σωστό σχεδιασμό του χώρου στον οποίο πραγματοποιείται η συνέντευξη (π.χ. επαρκείς έξοδοι διαφυγής, απομάκρυνση των αντικειμένων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως όπλα, όπως στυλό ή αιχμηρά αντικείμενα), όσο και τη **μείωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων**, τα οποία δύναται να αυξήσουν την ένταση του ασθενούς (π.χ. έντονο φως, θόρυβος).

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι, επίσης, η ύπαρξη **επαρκούς αριθμητικά** (4 με 6 άτομα) και κατάλληλα **εκπαιδευμένου προσωπικού**. Αυτό δεν παρέχει μόνο ασφάλεια κατά την αντιμετώπιση, αλλά αποτελεί και έναν τρόπο μη λεκτικής επικοινωνίας με τον ασθενή, ότι δηλαδή η εκδήλωση βίας δε θα είναι αποδεκτή συμπεριφορά.

Πρώτο βήμα κατά τη διαχείριση του ψυχοκινητικά ανήσυχου – διεγερτικού ασθενούς είναι η **αντιμετώπιση της υποκείμενης οργανικής αιτιολογίας**, αν τυχόν υπάρχει.

Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στη συνέχεια ονομάζεται **λεκτική αποκλιμάκωση**. Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής προσανατολίζεται προς μια κατάσταση ηρεμίας, ενόσω εγκαθιδρύεται η θεραπευτική σχέση. Παρακάτω παρουσιάζονται οι δέκα βασικοί κανόνες – τεχνικές αποκλιμάκωσης.

ΔΕΚΑ ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΑΠΟΚΛΙΜΑΚΩΣΗΣ

- I. Σεβασμός του προσωπικού χώρου
- II. Αποφυγή προκλητικής συμπεριφοράς
- III. Δημιουργία λεκτικής επικοινωνίας – επαφής
- IV. Συνοπτικός λόγος και συχνή επανάληψη
- V. Αναγνώριση των επιθυμιών και των συναισθημάτων του ασθενούς
- VI. Προσεκτική ακρόαση των λεγομένων του ασθενούς
- VII. Συμφωνία ή αλλιώς συμφωνία στη διαφωνία
- VIII. Θέσπιση κανόνων και ορίων
- IX. Προσφορά επιλογών
- X. Ενημέρωση του ασθενούς και του προσωπικού

I. Σεβασμός του προσωπικού χώρου

Ο ασθενής πρέπει να προσεγγίζεται από μπροστά και να διατηρείται μια απόσταση τουλάχιστον δύο μέτρων μεταξύ αυτού και του ιατρού. Τόσο ο ασθενής όσο και ο ψυχίατρος θα πρέπει να μπορούν να βγουν από το δωμάτιο, χωρίς να νιώθουν ότι ο ένας εμποδίζει τον δρόμο του άλλου. Αν ο ασθενής ζητήσει από τον ιατρό να φύγει, αυτός πρέπει να το κάνει αμέσως.

II. Αποφυγή προκλητικής συμπεριφοράς

Η συμπεριφορά, η έκφραση του προσώπου και ο τόνος της φωνής πρέπει να είναι ήρεμα. Η παρατεταμένη βλεμματική επαφή πρέπει να αποφεύγεται, καθώς δύναται να ερμηνευθεί ως επιθετική συμπεριφορά. Τα χέρια πρέπει να βρίσκονται χαλαρά στη μέση γραμμή, καθώς τα σφιγμένα ή τα λυγισμένα στη μέση χέρια μπορεί να θεωρηθούν εκδήλωση αντιπαράθεσης, επιθετικότητας ή μη σεβασμού.

III. Δημιουργία λεκτικής επικοινωνίας – επαφής

Μόνο ένα άτομο αλληλεπιδρά λεκτικά με τον ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει να αποκαλείται με τον τίτλο του και το επίθετο του και να αποδίδεται σεβασμός στις ιδιότητες του καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης. Ο ψυχίατρος, αφού συστηθεί ευγενικά και

προσδιορίσει την ιδιότητα του, θα πρέπει να τον διαβεβαιώσει πως σκοπός του είναι να τον κρατήσει ασφαλή. Αν ο ασθενής έχει εκδηλώσει ήδη βίαιη συμπεριφορά, χρειάζεται επιπλέον διαβεβαίωση πως θα τον βοηθήσει να ανακτήσει τον έλεγχο.

IV. Συνοπτικός λόγος και συχνή επανάληψη

Το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται πρέπει να είναι απλό και οι προτάσεις σύντομες. Ο διεγερτικός ασθενής συνήθως αντιμετωπίζει δυσκολία στην επεξεργασία πληροφοριών, και έτσι ο σύνθετος λόγος μπορεί να επιφέρει σύγχυση, οδηγώντας σε κλιμάκωση. Προτού ο ιατρός προχωρήσει σε παροχή νέων πληροφοριών, πρέπει να δίνεται ο απαραίτητος χρόνος στον ασθενή, ώστε να επεξεργάζεται όσα λέγονται και να δίνει μια απάντηση. Κάθε φορά που διατυπώνονται αιτήματα, ορίζονται όρια, προσφέρονται επιλογές ή προτείνονται εναλλακτικές. Η επανάληψη αυτών είναι επιθυμητή και απαραίτητη.

V. Αναγνώριση των επιθυμιών και των συναισθημάτων του ασθενούς

Ο ασθενής πρέπει να ερωτηθεί για τη φύση του αιτήματός του και τι τον ενοχλεί, ενώ η συζήτηση θα πρέπει να εστιάζεται στα συναισθήματα του περιεχομένου της απάντησης του. Πρέπει να καταλάβει ότι τα συναισθήματά του γίνονται κατανοητά, όπως και η οπτική γωνία την οποία εκφράζει. Η ανταπόκριση του ιατρού με ενσυναίσθηση και η έκφραση της επιθυμίας του να βοηθήσει τον ασθενή ως προς την ικανοποίηση του αιτήματός του, επιταχύνει την αποκλιμάκωση.

| Συσχέτιση επιθυμιών και συναισθημάτων με στόχο την ενσυναίσθηση | |
|--|------------|
| Σκέψη | Συναίσθημα |
| <ul style="list-style-type: none"> • Χρειάζομαι κάτι • Δεν το έλαβα • Εξακολουθώ να το θέλω | ➤ Θυμός |
| <ul style="list-style-type: none"> • Χρειάζομαι κάτι • Δεν το έλαβα • Ποτέ δεν θα το λάβω | ➤ Λύπη |
| <ul style="list-style-type: none"> • Θέλω να αποφύγω να συμβεί κάτι κακό | ➤ Φόβος |

VI. Προσεκτική ακρόαση των λεγομένων του ασθενούς

Ο ασθενής πρέπει να καταλάβει πως ο ιατρός τον παρακολουθεί με ενδιαφέρον, δίνοντας προσοχή σε ό,τι λέει και ό,τι αισθάνεται. Σχόλια όπως “Επιτρέψτε μου να δω αν σας κατάλαβα σωστά”, στα οποία έπεται επανάληψη των λεγομένων του ασθενούς, ενισχύουν την ενσυναίσθηση και προωθούν την αποκλιμάκωση.

VII. Συμφωνία ή αλλιώς συμφωνία στη διαφωνία

Η συμφωνία με τα λεγόμενα του ασθενούς, έστω και με ένα μέρος αυτών ή έστω ως ένα βαθμό, διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, συμβάλλοντας σημαντικά στην αποκλιμάκωση. Πολλές φορές αυτό είναι δύσκολο να συμβεί χωρίς να ενισχύεται μια παραληρητική ιδέα ή μια ψευδαίσθηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ιατρός μπορεί να αναγνωρίσει πως δεν έχει βιώσει ποτέ αυτό που βιώνει ο ασθενής, αλλά δεν αμφισβητεί αυτή του την εμπειρία. Ο ψυχίατρος πρέπει να συμφωνεί όσο περισσότερο μπορεί με την εμπειρία του ασθενούς. Αν φτάσει σε σημείο όπου αυτό πλέον δεν είναι εφικτό, πρέπει να συμφωνήσει μαζί του ότι διαφωνούν. Αντίθετες απόψεις από του ασθενούς, αν χρειάζεται να εκφραστούν, πρέπει να γίνει αργότερα.

VIII. Θέσπιση κανόνων και ορίων

Η περιγραφή των κανονισμών πρέπει να γίνεται με απόλυτη σαφήνεια και ειλικρίνεια, και ο ασθενής να γνωρίζει εξ αρχής πως ετεροκαταστροφικές συμπεριφορές δεν είναι αποδεκτές αλλά επιφέρουν συνέπειες. Αυτό δεν πρέπει να εκφράζεται ως απειλή αλλά ως δεδομένο. Ωφέλιμο είναι να υπενθυμίζεται στον ασθενή πως σκοπός του ιατρού είναι να τον βοηθήσει και όχι να τον βλάψει, καθώς και ότι πρέπει να αντιμετωπίζουν ο ένας τον άλλον με σεβασμό.

IX. Προσφορά επιλογών

Η παραχώρηση ενός βαθμού αυτονομίας στον ασθενή, όπως π.χ. να ερωτηθεί, όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν, αν επιθυμεί να λάβει ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή ή ποια οδό χορήγησης προτιμά, μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην αποκλιμάκωση. Η πρόταση πιθανών εναλλακτικών έναντι της εκδήλωσης βίας πρέπει να γίνεται άμεσα.

Χ. Ενημέρωση του ασθενούς και του προσωπικού

Ύστερα από οποιαδήποτε ακούσια παρέμβαση και αφού ο ασθενής είναι πλέον ήρεμος, ο ιατρός οφείλει να τον ενημερώσει σχετικά με την αναγκαιότητα της πράξης αυτής τη στιγμή της διέγερσης, συμβάλλοντας έτσι στην αποκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης, στην άμβλυνση του τραυματικού χαρακτήρα του συμβάντος, και στη μείωση του κινδύνου επανεκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς. Το ίδιο απαραίτητη είναι και η ενημέρωση του προσωπικού. Ο απολογισμός του συμβάντος και η συζήτηση γύρω από συμπεριφορικές και λεκτικές μεθόδους αποκλιμάκωσης βελτιώνουν τη διαχείριση παρόμοιων καταστάσεων στο μέλλον.

Όταν η λεκτική αποκλιμάκωση αδυνατεί να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα ή όταν δεν υπάρχουν περιθώρια για την υιοθέτηση λεκτικών στρατηγικών, απαραίτητη καθίσταται η **επείγουσα χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής**. Κύριος στόχος της φαρμακευτικής παρέμβασης είναι η ταχεία ύφεση της διέγερσης, με παράλληλη προσπάθεια αποφυγής της υπερβολικής καταστολής του ασθενούς. Αυτό επιτρέπει τη διατήρηση της αλληλεπίδρασης και της συνεργασίας με τον ασθενή, καθώς και τη συνέχιση της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας με έναν εποικοδομητικό τρόπο.

Ως προς την επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής που θα χορηγηθεί στην επείγουσα φάση της διέγερσης – επιθετικότητας, κάποιες γενικές οδηγίες είναι οι εξής:

- Τα **νευροληπτικά** φάρμακα αποτελούν την πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση της διέγερσης ψυχωτικής αιτιολογίας. Οι **βενζοδιαζεπίνες** δύναται να χρησιμοποιηθούν επικουρικά, αποτελούν όμως την πρώτη επιλογή για την αντιμετώπιση της διέγερσης στα πλαίσια απόσυρσης από αλκοόλ ή από βενζοδιαζεπίνες, καθώς και σε ορισμένες άλλες καταστάσεις, όπως οι Διαταραχές Προσωπικότητας
- Η από του στόματος χορήγηση είναι προτιμότερη από την παρεντερική και η ενδομυϊκή προτιμότερη από την ενδοφλέβια
- Όταν επιλέγεται ενέσιμη αγωγή, η οδηγία θα πρέπει να είναι σαφής, εφόσον ορισμένα νευροληπτικά φάρμακα κυκλοφορούν και σε αργής αποδέσμευσης

μορφή (depot), τα οποία δεν ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση του διεγερτικού ασθενούς

- Διηρημένες, μικρές και επαναλαμβανόμενες δόσεις είναι προτιμότερες από μια μεγάλη αρχική δόση
- Η μονοθεραπεία, όπου αυτή είναι εφικτή, είναι προτιμότερη από τον συνδυασμό φαρμάκων
- Ειδικές ομάδες πληθυσμού και ιδιαίτερες περιπτώσεις, όπως είναι οι έγκυες, οι ηλικιωμένοι ασθενείς, καθώς και οι περιπτώσεις που υπάρχει μειωμένη νεφρική ή ηπατική λειτουργία, θα πρέπει πάντα να συυπολογίζονται κατά την επιλογή του φαρμακευτικού παράγοντα και της δοσολογίας χορήγησης

Από τις βενζοδιαζεπίνες, προτιμάται η **λοραζεπάμη** p.o. σε δόση 1 - 2,5 mg (σε νεφρική ανεπάρκεια και σε ηλικιωμένους χορηγείται η μισή δόση), ενώ καλό είναι να αποφεύγεται στην κύηση (ιδίως το πρώτο τρίμηνο). Δρα εντός μισής ώρας και μπορεί να γίνει δεύτερη χορήγηση μετά από 60 λεπτά. Εναλλακτικά, αν είναι αδύνατη η χορήγηση p.o. αγωγής, μπορεί να χορηγηθεί amp **διαζεπάμης** 10 mg/2 mL σε δοσολογία 5 - 10 mg I.M. Βενζοδιαζεπίνη μπορεί να χορηγηθεί ταυτόχρονα με αλοπεριδόλη (σε διαφορετικές σύριγγες), όχι όμως μαζί με ολανζαπίνη (υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπότασης). Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αταξία, η καταστολή και η παράδοξη άρση αναστολών (ιδίως σε δομική βλάβη του εγκεφάλου, στην άνοια και σε άτομα με νοητική υστέρηση). Αντενδείκνυται η χορήγηση βενζοδιαζεπινών στην υπνική άπνοια και στο οξύ γλαύκωμα κλειστής γωνίας.

Από τα νευροληπτικά, συνήθως χρησιμοποιείται η **αλοπεριδόλη**, η οποία μπορεί να χορηγηθεί p.o. (σταγόνες ή δισκίο) ή παρεντερικά (προτιμάται η I.M. χορήγηση έναντι της I.V.). Αν πρέπει να γίνει για κάποιο ιδιαίτερο λόγο χορήγηση αλοπεριδόλης I.V., η amp των 5 mg/mL διαλύεται σε 100 cc N/S 0,9% και εγχύεται σε χρόνο 30 λεπτών (χρειάζεται τακτικός έλεγχος της καρδιακής λειτουργίας, λόγω κινδύνου πρόκλησης αρρυθμίας). Το πόσιμο διάλυμα αλοπεριδόλης που κυκλοφορεί έχει συγκέντρωση 2 mg/mL (10 σταγόνες ισούνται με 1 mg) και μπορεί να προστεθεί στο νερό. Η δόση που χορηγείται στη διέγερση είναι 5 mg για παρεντερική χορήγηση και 5 - 10 mg για από του στόματος χορήγηση. Η δόση προσαρμόζεται σε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια και σε ηλικιωμένους. Δρα στα 20

λεπτά και μπορεί να επαναληφθεί στα 60 λεπτά. Μπορεί να συγχωρηθεί βενζοδιαζεπίνη (σε ξεχωριστή σύριγγα) ή μαζί με βιπεριδένη (αντιχολινεργικός παράγοντας) για μείωση της πιθανότητας εμφάνισης εξωπυραμιδικής συμπτωματολογίας (η βιπεριδένη θα πρέπει να αποφεύγεται σε ηλικιωμένους ασθενείς, λόγω κινδύνου επιδείνωσης προϋπάρχουσας σύγχυσης). Η χορήγηση αλοπεριδόλης αντενδίδνεται στη νόσο Parkinson και ενδέχεται να παρατείνει το διάστημα QT στο ΗΚΓ (κίνδυνος αρρυθμίας). Δεν πρέπει να χορηγείται στην εγκυμοσύνη.

Εναλλακτικά της αλοπεριδόλης, μπορεί να χορηγηθεί **ολανζαπίνη**, η οποία κυκλοφορεί σε δισκίο (και διασπειρόμενο) και σε ενέσιμο διάλυμα για παρεντερική χορήγηση (I.M.) σε αμπούλες των 10 mg. Η δόση που χορηγείται στον διεγερτικό ασθενή είναι 10 mg και έπειτα 2,5 - 10 mg (έως 40 mg συνολικά) κάθε 2 με 4 ώρες περίπου. Μείωση της δόσης χρειάζεται στην ηπατική ανεπάρκεια και σε ηλικιωμένους, ενώ δεν πρέπει να συγχωρηθεί ταυτόχρονα με βενζοδιαζεπίνη λόγω αυξημένης πιθανότητας πρόκλησης αναπνευστικής καταστολής (αν πρέπει να συγχωρηθούν οι δύο ουσίες, θα πρέπει να απέχουν χρονικά μεταξύ τους τουλάχιστον μία ώρα). Η ολανζαπίνη δρα σε 15 λεπτά περίπου και μπορεί να χορηγηθεί με προσοχή στην εγκυμοσύνη (αν και έχει ένδειξη C στον FDA). Μια ανεπιθύμητη ενέργεια της ολανζαπίνης είναι η ορθοστατική υπόταση.

Η **ρισπεριδόνη** χρησιμοποιείται εναλλακτικά της αλοπεριδόλης, όταν υπάρχει όμως βαθμός συνεργασίας του διεγερτικού ασθενούς, καθώς δεν κυκλοφορεί σε ενέσιμη μορφή. Έχει μικρότερη πιθανότητα σε σχέση με την αλοπεριδόλη να προκαλέσει εξωπυραμιδική συμπτωματολογία, ωστόσο απαιτείται μείωση της δόσης σε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, καθώς και σε ηλικιωμένους. Η δόση για διεγερτικό ασθενή είναι 2 mg με μέγιστη δόση τα 12 mg και χορήγηση κάθε 2 ώρες. Δρα συγκριτικά πιο γρήγορα από την ολανζαπίνη και αντενδίδνεται στην εγκυμοσύνη.

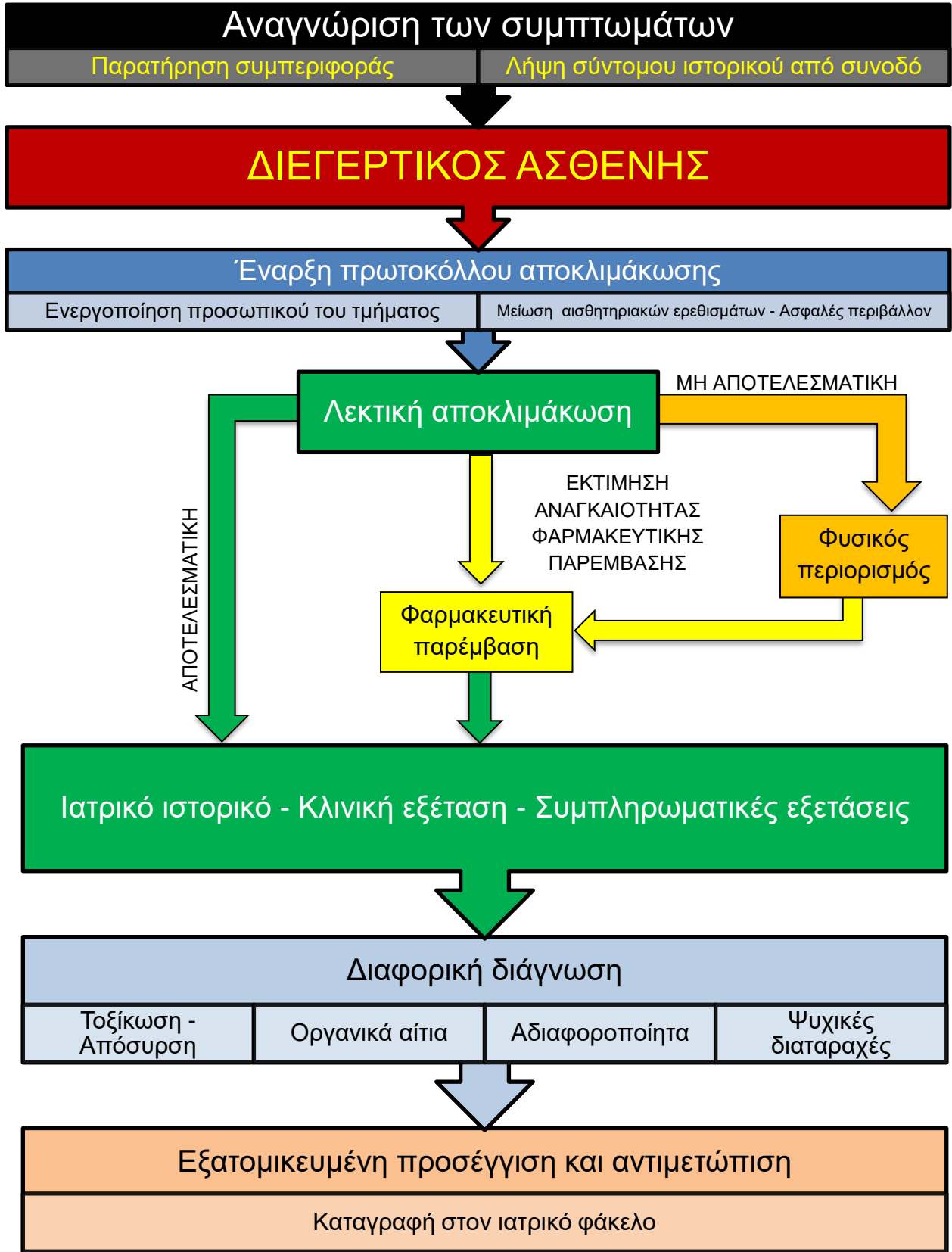
Η **ζιπραζιδόνη** κυκλοφορεί σε ενέσιμη μορφή και σε δισκία. Στη διέγερση χορηγούνται 10 με 20 mg I.M. ή 20 mg p.o (δε χρειάζεται ρύθμιση για νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, αλλά η δόση θα πρέπει να περιορίζεται στα 5 mg σε ηλικιωμένους). Επαναχορήγηση μπορεί να γίνεται κάθε 2 ώρες (10 mg) ή κάθε 4 ώρες (20 mg), με μέγιστη δόση 40 mg το 24ωρο. Δρα περίπου σε 15 λεπτά. Με τη ζιπραζιδόνη μπορεί να παρατηρηθεί έντονη και

μεγάλης διάρκειας καταστολή, καθώς και παράταση του QT στο ΗΚΓ. Αντενδείκνυται σε άτομα με παράταση QT ή συγχορήγηση με φάρμακα που προκαλούν παράταση του QT, σε ασθενείς με πρόσφατο Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου ή αρρυθμιστή Καρδιακή Ανεπάρκεια, καθώς και στην εγκυμοσύνη.

Τέλος, η **αριπιπραζόλη** αποτελεί νευροληπτικό παράγοντα που μπορεί να χορηγηθεί παρεντερικά (I.M.) ή p.o. (δισκία και σταγόνες). Η δόση που χορηγείται στον διεγερτικό ασθενή είναι 7,5 - 10 mg, χωρίς να χρειάζεται τροποποίηση στη νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια ή στους ηλικιωμένους ασθενείς. Δρα εντός μιας ώρας και μπορεί να επαναχορηγείται κάθε 2 ώρες με μέγιστη δόση τα 30 mg το 24ωρο. Δεν χορηγείται στην εγκυμοσύνη.

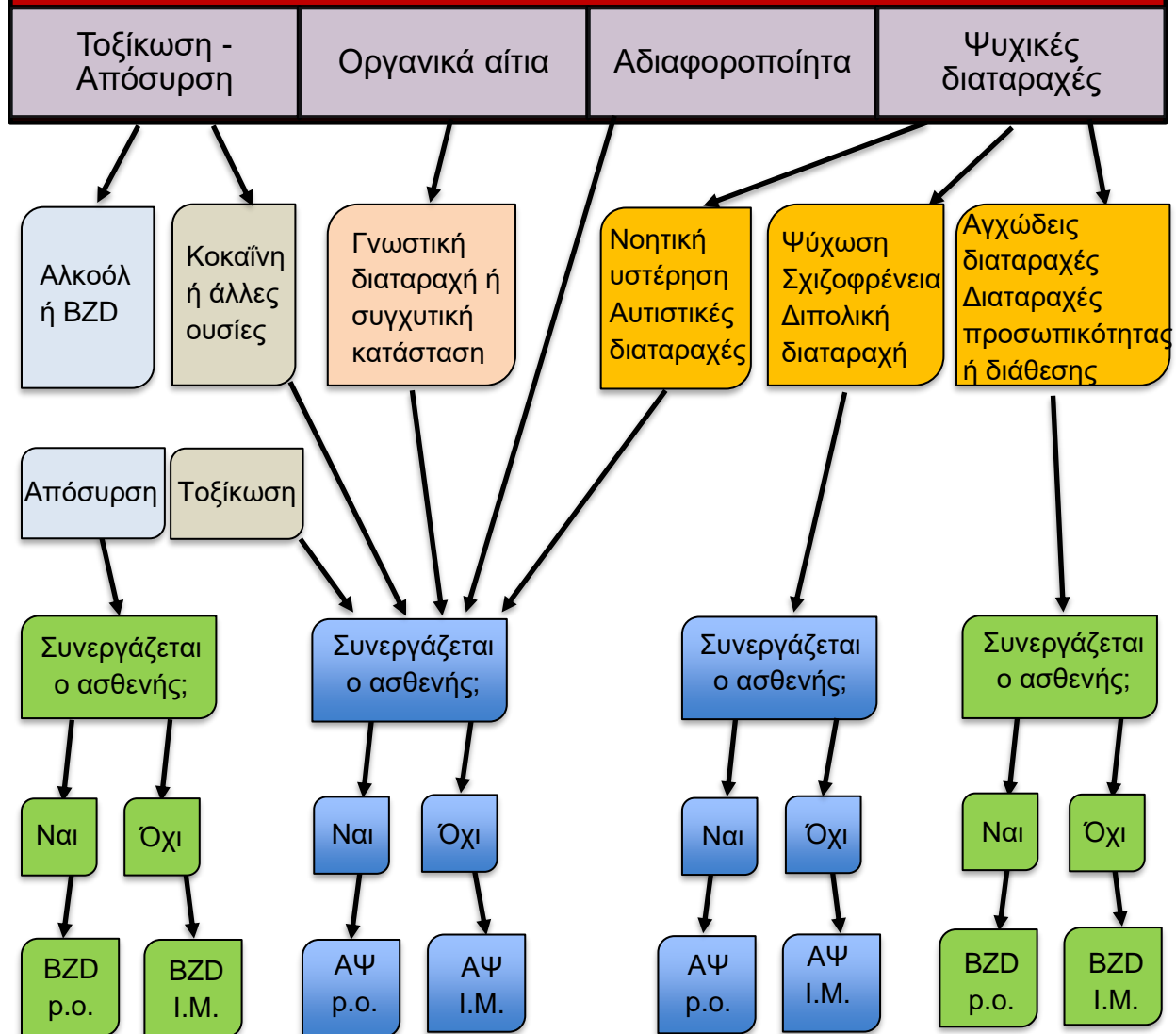
Συνεχής συζήτηση υπάρχει για το αν θα πρέπει να χρησιμοποιείται ή όχι ο **φυσικός περιορισμός** κατά την αντιμετώπιση του διεγερτικού ασθενούς. Σίγουρο είναι ότι θα πρέπει πάντα να εφαρμόζεται ως έσχατη λύση, μόνο όταν όλα τα υπόλοιπα ενδεδειγμένα μέτρα έχουν αποτύχει. Θα πρέπει να ακολουθείται από άμεση χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και να μη διατηρείται παρατεταμένα, παρά μόνο έως ότου επιτευχθεί επαρκής χημική καταστολή. Επίσης, πάντα θα πρέπει να γίνεται κάτω από συγκεκριμένες διαδικασίες με τακτική επανεκτίμηση του ασθενούς, με σεβασμό προς την προσωπικότητά του και σύμφωνα με τις οδηγίες της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές του Υπουργείου Υγείας.

Στα επόμενα δύο σχήματα παρουσιάζεται ο αλγόριθμος εκτίμησης και διαχείρισης του διεγερτικού ασθενούς, καθώς και ο αλγόριθμος των φαρμακολογικών παρεμβάσεων κατά την αντιμετώπιση του ψυχοκινητικά ανήσυχου – διεγερτικού ασθενούς.



Φαρμακολογικές παρεμβάσεις στη διέγερση

Αίτια της διέγερσης



BZD: Βενζοδιαζεπίνες

ΑΨ: Αντιψυχωτικά

Οδοί χορήγησης:

per os (p.o.) – Συμπεριλαμβάνει δισκία, σταγόνες, διασπειρόμενα
Intramuscular (I.M.) – Ενδομυϊκή χορήγηση ενέσιμου διαλύματος