

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ακούσια νοσηλεία, οικογένεια και κλινική κοινωνική εργασία

Διαχρονικά, η οικογένεια αποτελεί το πρωταρχικό και κύριο υποστηρικτικό σύστημα για τον ψυχικά ασθενή και τη βασική πηγή φροντίδας του. Από το παρελθόν μέχρι και σήμερα καταγράφονται ποικίλες θεωρίες σχετικά με τον ρόλο της οικογένειας στην αιτιοπαθογένεια και στην εξέλιξη μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Σήμερα αναγνωρίζεται ως σημαντικός και απαραίτητος «σύμμαχος» στη θεραπευτική διαδικασία. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα, η κόπωση των φροντιστών, το αρνητικά εκφραζόμενο συναίσθημα, βρέθηκαν να επιδρούν αρνητικά στην εξέλιξη της νόσου (εμφάνιση υποτροπών), στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στη συνολική βελτίωση του ασθενούς. Στη χώρα μας καταγράφεται ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ακούσιων νοσηλείων (60%), οι οποίες στην πλειοψηφία τους έχουν κινηθεί μετά από αίτημα κάποιου μέλους της οικογένειας του ασθενούς. Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να διαχειριστούν την προβληματική που απορρέει από τη διαδικασία μιας ακούσιας νοσηλείας. Καθώς οι προσεγγίσεις και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις διαρκώς μεταβάλλονται, έτσι και η κλινική κοινωνική εργασία, ως δυναμικά εξελισσόμενη επιστήμη, προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα με την εφαρμογή σύγχρονων μοντέλων και πρακτικών. Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί, στηριζόμενοι στα μοντέλα παρέμβασης στην κρίση και ανάρρωσης, μπορούν να συνεισφέρουν εποικοδομητικά στην αναγκαιότητα υποστήριξης και παροχής κρατήματος στον ασθενή και στην οικογένειά του, συνοδεύοντας όλα τα μέλη στις διαδικασίες «συνεχίζω – συνηθίζω να ζω με τη νόσο».

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ρίζες της ψυχικής νόσου και οι προσπάθειες αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών είναι τόσο παλαιές όσο και το ανθρώπινο γένος. Για αιώνες η αδυναμία προσδιορισμού και παροχής μιας επαρκούς και αιτιολογημένης ερμηνείας των ψυχικών παθήσεων επηρέασε σε σημαντικό βαθμό τις αντιλήψεις των ατόμων, αλλά και τον τρόπο μεταχείρισης και επιβολής θεραπευτικών μεθόδων στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Η ανάπτυξη της ιδέας περί ακούσιας εισαγωγής προέκυψε από την ένδεια πλαισίωσης δύο βασικών και επιτακτικών αναγκών, της προφύλαξης και της θεραπείας των ασθενών και παράλληλα της προστασίας της κοινωνίας. Πάνω σε αυτή τη συλλογιστική κατά τη διάρκεια του 19ου και του 20ού αιώνα σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αναπτύχθηκαν ποικίλες προσεγγίσεις που σκοπό είχαν τη ρύθμιση των θεμάτων της ακούσιας νοσηλείας (ανθρώπινα δικαιώματα, θεραπευτική διαδικασία, δημόσια ασφάλεια, εφαρμογή καταναγκαστικών και περιοριστικών μέτρων κ.ά.).

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(6):744–753
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(6):744–753

Σ. Μαρτινάκη,^{1,2}
Χ. Ασημόπουλος,²
Α. Παπαϊωάννου,¹
Ν. Μιχαήλοβιτς,¹
Ν. Αναστασιάδου,²
Β. Σκευοφύλαξ,²
Α. Χατζημιχαλίδη²

¹Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, «Αιγινήτειο»
Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Compulsory admission, family
and clinical social work

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ακούσια νοσηλεία
Κλινική κοινωνική εργασία
Οικογένεια
Ψυχική ασθένεια

Υποβλήθηκε 18.3.2019
Εγκρίθηκε 26.3.2019

Στην Ελλάδα, ο όρος «ακούσια νοσηλεία», όπως προβλέπεται από τον Ν 20171/1992, άρθρο 95, αντικατέστησε αυτόν του εγκλεισμού και αφορά στην εισαγωγή και μέτεπειτα παραμονή ενός ψυχικά ασθενούς σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, με σκοπό τη θεραπεία του, χωρίς τη θέλησή του. Ως διαδικασία μπορεί να ενεργοποιηθεί είτε από τον(τη) σύζυγο, είτε από συγγενή έως και δευτέρου βαθμού ή από πρόσωπο που επιμελείται το άτομο το οποίο νοσεί. Σε περίπτωση απουσίας των ανωτέρω προσώπων, το αίτημα διενεργείται αυτεπάγγελτα από τον εισαγγελέα πρωτοδικών του τόπου διαμονής ή κατοικίας του ασθενούς. Στη συνέχεια, ο εισαγγελέας εκδίδει ένταλμα με το οποίο το άτομο μεταφέρεται με αστυνομική συνοδεία σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας που υπάρχει στον Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας του ασθενούς, προκειμένου να αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας του και η πιθανή ανάγκη νοσηλείας του (Ν 20171/1992, άρθρο 96, παρ. 4). Η μεταφορά του ατόμου θα πρέπει να πραγματοποιείται υπό συνθήκες οι οποίες να εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην

προσωπικότητα και στην αξιοπρέπεια του ασθενούς, ενώ η παραμονή του εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις δεν μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες (Ν 2071/1992, άρθρο 96, παρ. 5). Στη χώρα μας καταγράφεται ένα εξαιρετικά αρνητικό ρεκόρ όπου το ποσοστό των ακούσιων νοσηλειών υπερβαίνει το 60%. Βασικές αιτίες ενεργοποίησής τους αναφέρονται η επιθετικότητα, η μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή, οι αντιλήψεις του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος, τα κενά στην περίθαλψη και οι ελλείψεις στη συνέχεια της φροντίδας στην κοινότητα, που επιδρούν αρνητικά στη σχέση των ασθενών με τα μέλη της οικογένειάς τους και αυξάνουν δραματικά την επιβάρυνση των φροντιστών.

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Πολλοί ερευνητές, από τη δεκαετία του 1960, διατύπωσαν θεωρίες για τον ρόλο της οικογένειας στην αιτιοπαθογένεια της ψυχικής νόσου. Μεταξύ αυτών καταγράφονται οι απόψεις για τον διπλό δεσμό, το συζυγικό σχίσμα και το βλαιοζεύγος, την ψευδοαμοιβασιότητα, τον χαοτικό και άκαμπτο τύπο οικογενειών.¹

Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι ασθενείς που διέμεναν με γονείς ή συζύγους είχαν υψηλότερο δείκτη επανεισαγωγών απ' ό,τι εκείνοι που ζούσαν με άλλους συγγενείς. Με την παρατήρηση αυτή συμφώνησαν αργότερα και άλλοι ερευνητές, επισημαίνοντας ότι πολλοί ψυχικά ασθενείς που ζούσαν με τις οικογένειές τους υποτροπιάζαν παρά τη συστηματική λήψη της φαρμακευτικής αγωγής τους.²⁻⁶

Από τη δεκαετία του 1970 η προσοχή στράφηκε και πάλι προς την οικογένεια, εξ αιτίας κυρίως του κινήματος της αποασυλοποίησης που οδήγησε πολλούς ασθενείς από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα, μετατοπίζοντας έτσι το βάρος της φροντίδας τους στην οικογένεια.

Η διαπίστωση ότι η οικογένεια αποτελεί το φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ψυχικά ασθενή και τη βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας, έστρεψε το ενδιαφέρον των ερευνητών στη μελέτη του ενδοοικογενειακού περιβάλλοντος και των παραγόντων εκείνων της οικογενειακής ζωής οι οποίοι επηρεάζουν την έκβαση της νόσου. Μελετήθηκαν δείκτες όπως οι ρόλοι των μελών, η δομή της οικογένειας (όρια, κανόνες), οι επικοινωνιακές δεξιότητες (σαφήνεια, αμεσότητα κ.ά.), η αλληλεπίδραση των μελών, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης κρίσεων, η συναισθηματική υπερεμπλοκή, η εκφραζόμενη αρνητική κριτική από τα υγιή μέλη της οικογένειας, η ψυχολογική υπερκόπωση των υγιών μελών κ.ά.⁷ Από τις μελέτες προέκυψε ότι ένα ασταθές οικογενειακό περιβάλλον, η συναισθηματική υπερεμπλοκή, η σύγχυση

στους ρόλους και το αρνητικά εκφραζόμενο συναίσθημα επιδρούν αρνητικά στην εξέλιξη της νόσου, στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στη συνολική βελτίωση του ασθενούς.

Η πορεία ενός ψυχικά ασθενούς επηρεάζεται τόσο από τις υγιείς εφεδρείες της οικογένειάς του, όπως ηθική και πρακτική υποστήριξη, αισιοδοξία, ενθάρρυνση, συνεργασιμότητα με τους θεραπευτές, ικανότητα εξεύρεσης και αξιοποίησης εξωτερικών πηγών βοήθειας, όσο και από τις μειονεξίες της, όπως την ανεπάρκεια σε υποστηρικτικό και φροντιστικό ρόλο, τη συναισθηματική στάση και έκφραση προς τον ασθενή.⁸

Οι οικογένειες των οποίων ένα μέλος τους νοσεί ψυχικά παρουσιάζουν ορισμένα χαρακτηριστικά, όπως έλλειψη κατανόησης της φύσης της σχιζοφρένειας και των συνεπειών της στη ζωή και στη λειτουργικότητα του ασθενούς, απουσία δεξιοτήτων για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των χρόνιων και οξέων συμπτωμάτων της νόσου, δυσκολίες στην έκφραση των συναισθημάτων προς τον ασθενή, δυσχέρειες στην επίλυση προβλημάτων, διαταραγμένη ενδοοικογενειακή επικοινωνία, δυσκολίες στη διαχείριση κρίσεων και έντασης μέσα στην οικογένεια, βιώματα στιγματισμού και περιορισμούς των κοινωνικών επαφών έξω από τον οικογενειακό κύκλο.⁹ Το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα έχει σχετιστεί με μικρή επαφή, κριτική στάση και υπερεμπλοκή των γονέων με τον ασθενή,¹⁰⁻¹² έλεγχο σχετικά με θέματα ασθένειας,¹³⁻¹⁵ συμπεριφορές του ασθενούς όπως η επιθετικότητα και η εχθρότητα,¹⁶⁻¹⁸ μεγάλη επιβάρυνση των φροντιστών.¹⁹⁻²¹

Ερωτήματα που έχουν απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα αναφέρονται στο κατά πόσο η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος παραμένει σταθερή μέσα στον χρόνο ή κυμαίνεται, καθώς και στο αν απορρέει αυτή από τη διαταραγμένη συμπεριφορά ως μια αντίδραση του περιβάλλοντος στο σύνολο των συμπτωμάτων του ασθενούς ή προϋπάρχει της εκδήλωσης της διαταραχής.

Ορισμένοι μελετητές θεωρούν το αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον αποτέλεσμα της αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς του ασθενούς, καθώς παρατηρήθηκε ότι η επικριτικότητα και η εχθρικότητα μειώνονταν σημαντικά με τη βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι συγγενείς με υψηλό εκφραζόμενο συναίσθημα αντιδρούσαν πιο έντονα στις αλλαγές των συμπτωμάτων απ' ό,τι εκείνοι με χαμηλό εκφραζόμενο συναίσθημα. Οι οικογένειες με αρνητική συναισθηματική έκφραση προς τον ασθενή απέδιδαν αυτή τους τη συμπεριφορά στην αρνητική συμπτωματολογία του, δηλαδή στην έλλειψη ενέργειας, στην απουσία σκοπού στη ζωή του και στην ύπαρξη μιας γενικότερης ανευθυνότητας.^{8,12,22} Τα εν λόγω

δεδομένα επικυρώνουν τη συσχέτιση της ενδοοικογενειακής ατμόσφαιρας με τη συνολική κλινική εικόνα του ασθενούς (εκδήλωση, παραμονή ή όχι των συμπτωμάτων) ή υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ αυτών των δύο.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επιδρά αρνητικά στην οικογενειακή λειτουργικότητα αφορά στην επιβάρυνση των μελών της, είτε πρόκειται για αντικειμενική (οικονομικές δυσκολίες, δαπάνη χρόνου για τις ανάγκες του ασθενούς, περιορισμούς στην προσωπική και στην κοινωνική ζωή κ.ά.), είτε πρόκειται για υποκειμενική (προσωπική θλίψη, πόνος για την απώλεια του ατόμου που γνώριζαν, ματαίωση προσδοκιών, στίγμα, μη ικανοποίηση από τις υφιστάμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας κ.ά.). Η επιβάρυνση της οικογένειας έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί συνέπεια της μακράς πορείας της ψυχικής νόσου για τα μέλη της οικογένειας που βρίσκονται σε στενή επαφή με τον ασθενή. Καθημερινά παρουσιάζονται προβλήματα και συμπεριφορές οι οποίες ενδέχεται να αφορούν τόσο στον ασθενή (κλινική ψυχοπαθολογία, κοινωνική δυσλειτουργικότητα), όσο και στα άλλα μέλη της οικογένειας που διαμένουν μαζί του (αλλαγές στις οικογενειακές συνήθειες, στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, στην εργασία, στα οικονομικά, στη σωματική υγεία, στις ώρες ανάπαυσης κ.ά.).²³⁻²⁵ Ως παράγοντες που επηρεάζουν την επιβάρυνση έχουν καταγραφεί: η σοβαρότητα της νόσου, οι επανεισαγωγές, η επαγρύπνηση των γονέων λόγω ετεροκαταστροφικότητας ή αυτοκαταστροφικότητας του ασθενούς, η έλλειψη υποστήριξης των φροντιστών από υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το στίγμα, οι ώρες απασχόλησης με τον ασθενή, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας κ.ά.

Επί πλέον, έχει επισημανθεί ότι τα μέλη των οικογενειών με άτομο που πάσχει από ψυχική νόσο έχουν ουσιαστικές ανάγκες σε θέματα προσωπικής, οικογενειακής, κοινωνικής και συναισθηματικής ανάπτυξης. Όμως, πολύ συχνά αυτές τους οι ανάγκες αντικαθίστανται από τις ανάγκες του ασθενούς.^{26,27}

Η εκδήλωση της ψυχικής νόσου θα μπορούσε να ταυτίζεται με μια έκφραση τραύματος που σηματοδοτεί την έναρξη μιας δύσκολης περιόδου για όλα τα μέλη της οικογένειας. Ειδικότερα, αποτελεί μια περίοδο όπου όλοι καθίστανται όχι μόνο στο ίδιο έργο θεατές, αλλά και συμπρωταγωνιστές του ίδιου οικογενειακού δράματος. Τα άτομα βιώνουν βαθύ πόνο και οδύνη, συναισθήματα που τα καθιστούν αδύναμα να επεξεργαστούν ψυχικά αυτό που τους συμβαίνει, γεγονός το οποίο συχνά οδηγεί στην εγκατάσταση της χρονιότητας. Η διαδικασία του θρήνου αρχίζει μόλις κάνουν την εμφάνισή τους τα πρώτα συμπτώματα της νόσου. Παρά το γεγονός ότι τα συναισθήματα είναι περισσότερο έντονα τα πρώτα χρόνια και με την πάροδο των ετών τείνουν να εξασθενούν,

υπενθυμητές της κατάστασης, όπως οι υποτροπές της νόσου, οι νοσηλείες και κυρίως οι ακούσιες νοσηλείες, οι αυξανόμενες απαιτήσεις φροντίδας, αναβιώνουν τις αντιδράσεις θρήνου και άλυτου πένθους για πολλά έτη μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης.²⁸

3. ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η παρουσία και το έργο των κοινωνικών λειτουργών στα ψυχιατρικά πλαίσια καταγράφει μια ιστορία πολλών ετών.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας. Η διεπιστημονική ομάδα σ' ό,τι αφορά στην ακούσια εισαγωγή ενός ασθενούς έχει ως πρωταρχικό και βασικό της μέλημα, τηρώντας όσα προβλέπονται από τον νόμο, την άμεση ενημέρωση του ασθενούς για τις συνθήκες εισαγωγής του υπό το καθεστώς της εισαγγελικής παραγγελίας και την πληροφόρηση για τα δικαιώματά του. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που εισάγονται ακούσια στη χώρα μας δεν λαμβάνουν κάποια σχετική πληροφόρηση. Αυτό άλλωστε στο παρελθόν οδήγησε τρεις φορές στην καταδίκη της Ελλάδας από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου.²⁹

Σ' ό,τι αφορά στη συμμετοχή των κοινωνικών λειτουργών στη λήψη της απόφασης, ή στη διενέργεια της διαδικασίας σωματικού περιορισμού ή απομόνωσης ενός ασθενούς –όποτε κρίνεται απαραίτητο– αυτή δεν υφίσταται. Στα διάφορα πρωτόκολλα εφαρμογής περιορισμού ή απομόνωσης που ισχύουν στα ψυχιατρικά πλαίσια της χώρας, η ευθύνη της απόφασης βαρύνει κατά κύριο λόγο τον ψυχίατρο ο οποίος έχει αναλάβει τη θεραπευτική παρακολούθηση του ασθενούς. Ο κοινωνικός λειτουργός σύμφωνα με τα σχετικά πρωτόκολλα δεν οφείλει να παρίσταται στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ωστόσο, ο ρόλος του θεωρείται σημαντικός, καθώς οφείλει να μεριμνά κάθε στιγμή για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, της προσωπικής του ακεραιότητας, της αξιοπρέπειας, της διαρκούς παροχής φροντίδας, της προφύλαξης κ.ά., σε συνεργασία πάντα με τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας. Μόλις το επιτρέψει η κατάσταση της ψυχοπαθολογίας του ασθενούς είναι βοηθητικό να παρίσταται στην ενημέρωσή του αναφορικά με τους λόγους που οδήγησαν στη λήψη της απόφασης για την εφαρμογή της συγκεκριμένης τεχνικής αποφόρτισης. Στο εν λόγω πλαίσιο, ο κοινωνικός λειτουργός ενισχύει τον ασθενή να μιλήσει για τη διαδικασία, εκφράζοντας τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, για το τι και πώς το βίωσε, καθιστώντας σαφή κάθε στιγμή τον μη τιμωρητικό χαρακτήρα της μεθόδου. Καθώς η διενέργεια σωματικού περιορισμού σε έναν ασθενή αποτελεί μια σκληρή και επίπονη διαδικασία ακόμη και για το προσωπικό

που την εφαρμόζει, ο κοινωνικός λειτουργός υποστηρίζει τους συναδέλφους, κυρίως νοσηλευτές και προσωπικό ασφαλείας, που αποτελούν τα πρόσωπα πρώτης γραμμής για την επιβολή της διαδικασίας σωματικού ή μηχανικού περιορισμού και απομόνωσης.

Στην πορεία της νοσηλείας, ο κοινωνικός λειτουργός αποτελεί το πρόσωπο που μπορεί να ακούσει, να δώσει χρόνο και να υποστηρίξει τον ασθενή κατά τη στιγμή της παύσης των περιοριστικών μέτρων και της μετάβασής του στην πιο ομαλή κατάσταση νοσηλείας.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η πλειοψηφία των ασθενών έχει επαναβιώσει τη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, συνεπώς δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός μιας αθροιστικής συγκέντρωσης τραυματικών εμπειριών στο ιστορικό του ατόμου. Συνεπώς, ως μέλος της θεραπευτικής ομάδας και με γνώση των επιπτώσεων που προκύπτουν από τη διαδικασία της ακούσιας εισαγωγής, αλλά και από την εφαρμογή καταπιεστικών μεθόδων παρέμβασης συνολικότερα στην ψυχολογία του ατόμου, καταγράφει τις συνέπειες της εφαρμογής στον ψυχισμό του ασθενούς, ενισχύοντας την προσπάθεια της διεπιστημονικής ομάδας για τον έλεγχο των συμπτωμάτων πιθανής διαταραχής μετατραυματικού stress.

Παράλληλα με τη φροντίδα στον ασθενή, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ουσιώδης και σ' ό,τι αφορά στην υποστήριξη της οικογένειάς του. Στη χώρα μας, ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι σε ένα ποσοστό πάνω από 60% οι εισαγγελικές εντολές κινήθηκαν από συγγενείς, κατά κύριο λόγο εξ αιτίας της δυσκολίας τους να διαχειριστούν τόσο τον ασθενή όσο και τη νόσο.³¹ Είναι γεγονός ότι η οξεία φάση της νόσου μπορεί να εκδηλωθεί με πολύ έντονα και απειλητικά συμπτώματα που προκαλούν αμηχανία και ακινητοποιούν ψυχικά τα μέλη της οικογένειας. Σχεδόν ταυτόχρονα όμως οφείλουν να κινητοποιηθούν και να ενεργήσουν φροντίζοντας το μέλος που παρουσιάζει την εν λόγω παράδοση συμπεριφορά. Συναισθήματα φόβου, άγνοιας, αποτυχίας, αγωνίας και ντροπής καθιστούν την κατάσταση κρίσιμη, με έντονες ανησυχίες για καταστροφικές συνέπειες σε όλη την οικογένεια.

Ο κοινωνικός λειτουργός σε μια αρχική φάση, γνωρίζοντας τι προβλέπει το νομικό πλαίσιο, χρειάζεται να παρέχει κάθε δυνατή πληροφόρηση για τη διαδικασία και τι μπορεί αυτή να σημαίνει για τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας που την κινούν, ενώ στην πορεία οφείλει να υποστηρίξει τα μέλη της οικογένειας στην απόφασή τους αυτή. Κανένας γονέας και καμιά οικογένεια δεν μπορεί να αποδεχθεί την εικόνα του παιδιού του που νοσεί να συλλαμβάνεται από τους αστυνομικούς ή να μεταφέρεται με χειροπέδες σε ένα νοσοκομείο προκειμένου να εξεταστεί από ειδικούς επιστήμονες.

Κάποιοι συγγενείς ακολουθούν το περιπολικό και παρίστανται στα εξωτερικά ιατρεία συμπαραστεκόμενοι στο οικείο τους πρόσωπο. Είναι σημαντικό τότε να τους υπερτονιστεί η ανάγκη του ασθενούς να μην εγκαταλειφθεί στην πορεία της νοσηλείας. Περιστατικά εγκατάλειψης από τους συγγενείς καταγράφονται σε ασθενείς που τους χαρακτηρίζει η έλλειψη εναισθησίας, και συνεπώς η μη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, με αποτέλεσμα συχνές υποτροπές και αυξημένο αριθμό ακούσιων νοσηλείων. Επίσης, η έλλειψη υποστήριξης από εξειδικευμένο προσωπικό σε υπηρεσίες στην κοινότητα είναι πιθανό να αποτελεί έναν επί πλέον παράγοντα που οδηγεί στην εγκατάλειψη.

Από τη στιγμή της εισαγωγής και μετά, τόσο ο ασθενής όσο και οι οικείοι του ακολουθούν παράλληλους δρόμους πάνω στην κοινή βάση που αποτελεί η ακούσια νοσηλεία. Απορίες, κενά και ματαιώσεις κατακλύζουν και τις δύο πλευρές. Οι ασθενείς αισθάνονται προδομένοι και οι συγγενείς βασανίζονται από ενοχές, ενώ διαρκώς αναρωτιώνται και αμφιταλαντεύονται κατά πόσο έπραξαν σωστά. Ερευνητικά δεδομένα υπογραμμίζουν την αρνητική επίπτωση της ακούσιας νοσηλείας στη σχέση του ασθενούς με την οικογένειά του.^{30,31}

Σε πολλά νοσηλευτικά τμήματα της χώρας απαγορεύεται το επισκεπτήριο όλο το χρονικό διάστημα της εφαρμογής μιας περιοριστικής μεθόδου, γεγονός το οποίο προστατεύει τόσο τον ασθενή όσο και τους οικείους του. Το εν λόγω διάστημα αναδεικνύεται σημαντικό καθώς επιτρέπει στους συγγενείς να πάρουν τον χρόνο τους, να μιλήσουν, να εκφράσουν τα συναισθήματά τους για να μπορέσουν να εστιάσουν στο κίνητρο που τους οδήγησε στη συγκεκριμένη πράξη αίτησης για ακούσια εισαγωγή. Το κίνητρο αφορά στη δηλωμένη αγάπη και στο ενδιαφέρον τους για τον συγγενή τους που νοσεί ψυχικά και χρειάζεται βοήθεια, καθώς ο ίδιος αδυνατεί να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο κοινωνικός λειτουργός τη δεδομένη χρονική περίοδο λειτουργεί υποστηρικτικά παραθέτοντας επιστημονικά στοιχεία για τη σημασία της έγκαιρης παρέμβασης και έναρξης της λήψης φαρμακευτικής αγωγής, τόσο για την πρόγνωση όσο και τη μετέπειτα εξέλιξη της νόσου. Επί πλέον, καθώς εξελίσσεται η νοσηλεία, συνδράμει στην ανακοίνωση της διάγνωσης στην οικογένεια και του τι σημαίνει «συνεχίζω – συνηθίζω να ζω με αυτή». Στόχοι των ενεργειών του είναι η παροχή πληροφόρησης για τη διαχείριση της νόσου που αφορά στον έλεγχο των συμπτωμάτων και των υποτροπών και στη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση της πορείας της νόσου, αλλά και η μέριμνα για την ατομική αποκατάσταση του ασθενούς, η οποία εξαρτάται από την προσωπική του δυνατότητα να συνεχίζει να λαμβάνει ικανοποιήσεις από τη ζωή και τους ρόλους που επιτελεί. Τέλος, η ψυχοεκπαίδευση όλων των

διαθέσιμων μελών της οικογένειας, η διασύνδεση με δομές στην κοινότητα, η πληροφόρηση για τους υφιστάμενους πόρους και τις διαθέσιμες πηγές, με πρωταρχικό σκοπό την αποδοχή της νόσου και τη διατήρηση των σχέσεων και του συναισθηματικού δεσμού, είναι καθοριστικής σημασίας έργο παρακαταθήκης του κοινωνικού λειτουργού για την οικογένεια στο σύνολό της.

Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αποτελεί μια τραυματική και επώδυνη εμπειρία τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένειά του. Ο κοινωνικός λειτουργός, παρέχοντας «θεραπευτική συνοδεία» και τονίζοντας την υποκειμενικότητα στη θεραπεία και στην ανάρρωση από την ψυχική νόσο, αποτελεί το πρόσωπο που εμπεριέχει τελικά τα εμπλεκόμενα μέρη με την οδύνη την οποία τους προκαλεί η νόσος και η επιβολή αναχρονιστικών μεθόδων.

4. ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ερευνητικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η ακούσια νοσηλεία ατόμων που εκδηλώνουν κάποια ψυχική διαταραχή αποτελεί τραυματική εμπειρία και δυσοίωνο προγνωστικό παράγοντα για τη μη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή μετά το εξιτήριο και την πιθανότητα νοσηλείας στο μέλλον.^{32,33} Ειδικότερα αναφέρεται ότι το 15% των ασθενών που νοσηλεύτηκαν ακουσίως πραγματοποίησαν νέα εισαγωγή υπό το καθεστώς αναγκαστικής νοσηλείας ένα έτος αργότερα από την προηγούμενη νοσηλεία.³⁴ Από την άλλη πλευρά, τα μέλη της οικογένειας που έχουν κινηήσει τη διαδικασία της εισαγγελικής εντολής βασανίζονται από ενοχές και τύψεις, ζητώντας τις περισσότερες φορές υποστήριξη και συμβουλές από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες και στο ψυχικό βάρος. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ επαγγελματιών και οικογενειών έχει βρεθεί ότι επηρεάζει τον βαθμό αντίστασης του ασθενούς στη θεραπεία.³⁵

Οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή υποστήριξης του ψυχικά ασθενούς και της οικογένειάς του κατά την καθημερινή κλινική πρακτική τους. Στηριζόμενοι στα μοντέλα παρέμβασης στην κρίση (crisis intervention model) και ανάρρωσης (recovery model) συμβάλλουν ουσιαστικά στην αναγκαιότητα υποστήριξης του ασθενούς και της οικογένειάς του, αλλά και στην άρση των αντιστάσεων προς τη θεραπεία.

4.1. Μοντέλο παρέμβασης στην κρίση

Ετυμολογικά, η έννοια της κρίσης προέρχεται από το ρήμα «κρίνω», δηλαδή «κάνω εκτίμηση, ασκώ κριτική, εκφράζω τη γνώμη μου για κάτι». Εννοιολογικά περιλαμβάνει

αφ' ενός τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, την ικανότητα του ανθρώπου να εμβαθύνει λογικά και να καταλήγει σε ορθά αποτελέσματα και αφ' ετέρου τη διαταραχή της ομαλής πορείας μιας διαδικασίας, την κακή λειτουργία, την έμπρακτη αμφισβήτηση δομών, αξιών, θεσμών.³⁶ Η κρίση ορίζεται ως «μια ανατροπή σε μια σταθερή κατάσταση... Το άτομο αδυνατεί να χρησιμοποιήσει τους συνήθεις προσαρμοστικούς μηχανισμούς που διαθέτει, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η προηγούμενη ισορροπία του».³⁷ Στην κινέζικη φιλοσοφία η κρίση συμβολίζεται με δύο ιδεογράμματα που εμπεριέχουν τόσο την έννοια του κινδύνου όσο και αυτή της ευκαιρίας.

Η κρίση προκαλεί έντονο ψυχικό πόνο που αναγνωρίζεται υποκειμενικά από το άτομο αλλά και αντικειμενικά από τους άλλους. Στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας, το άτομο και τα μέλη της οικογένειάς του έρχονται αντιμέτωποι με δύο σημαντικά γεγονότα ζωής: πρωταρχικά με αυτό της νόσου και δευτερευόντως με εκείνο της εισαγγελικής παρέμβασης, η οποία οδηγεί στην αναγκαστική νοσηλεία. Κάθε όμως εκλυτικό γεγονός δεν εμπεριέχει το ίδιο δυναμικό έντασης. Κάποια είναι εξαιρετικά δυνατά και καταστροφικά με άμεσες συνέπειες, ενώ άλλα έχουν ένα συσσωρευτικό αποτέλεσμα με αλυσιδωτές αντιδράσεις στο άτομο το οποίο νοσεί και στα μέλη της οικογένειάς του.³⁸

Ο κοινωνικός λειτουργός κατά τη διάρκεια της νοσηλείας λειτουργεί σε δύο παράλληλα επίπεδα-στόχους: στον ασθενή και στην οικογένειά του. Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης, υποστηρίζεται ότι κάθε θεραπευόμενος αποζητά τη σύναψη ενός θεραπευτικού δεσμού στο νοσοκομειακό πλαίσιο, ακόμη και εάν αυτό αποτελεί ένα φοβογόνο ερέθισμα για εκείνον. Η αλληλεπίδραση του ατόμου με το πρόσωπο αναφοράς και φροντίδας του στο νοσοκομείο του επιτρέπει να αντιμετωπίσει τους φόβους που του γεννά η ψυχική νόσος και η ψυχιατρική νοσηλεία και συγχρόνως να αναδομήσει τις σκέψεις του σχετικά με τα εν λόγω θέματα.³⁹ Οι παρεμβάσεις του επαγγελματία για τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης ελαφρύνουν το βίωμα του εξαναγκασμού. Η μείωση αρνητικών ή επιθετικών αντιδράσεων που δημιουργεί η ακούσια νοσηλεία αποτελεί συγχρόνως κλινικό και ηθικό στόχο, ενώ συνδέεται με μείωση της πιθανότητας ακούσιας επανεισαγωγής στο μέλλον.⁴⁰

Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες κινήθηκε η διαδικασία της εισαγγελικής εντολής και στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η αναγκαστική νοσηλεία, αλλά και η παρούσα ψυχική κατάσταση του ασθενούς, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη και την εξέλιξη της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης μαζί του. Κάποιες φορές η επαφή του κοινωνικού λειτουργού με τον ασθενή κατά την εισαγωγή του δεν είναι πάντα εφικτή ή ενδέχεται να ενέχει δυσκολίες. Ο ασθενής μπορεί να κατακλύζεται από συμπτώματα τα οποία να επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο που επικοινωνεί

με τους γύρω του ή να μην αντιλαμβάνεται ή να αρνείται την πραγματικότητα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται. Ωστόσο, ο κοινωνικός λειτουργός σε κάθε περίπτωση οφείλει να προσαρμόζει την επικοινωνία στις ανάγκες και στη δυνατότητα του ασθενούς για συνδιαλλαγή.

Κάθε άτομο που βρίσκεται σε κατάσταση κρίσης αντιλαμβάνεται αυτό που του έχει συμβεί με τον δικό του μοναδικό τρόπο, ενώ συγχρόνως χρειάζεται τον δικό του χρόνο προκειμένου να κατανοήσει τι είναι αυτό το οποίο έχει συμβεί και τι απαιτείται να επεξεργαστεί σχετικά με αυτό. Συνεπώς, στην περίπτωση του ασθενούς που νοσηλεύεται ακούσια, η θεραπευτική προσέγγιση προσαρμόζεται αντίστοιχα με κάθε στάδιο της κλινικής εικόνας του. Είναι σημαντικό ο ασθενής σε όλη τη διαδικασία να νιώθει αποδεκτός και να αισθάνεται τη φροντίδα και το ενδιαφέρον μέσα από τη στάση του επαγγελματία ψυχικής υγείας. Χρειάζεται υποστήριξη για να ανακτήσει τη λειτουργικότητα που είχε πριν από την ακούσια νοσηλεία, ενώ καθοριστικό παράγοντα αποτελεί η σταδιακή ενδυνάμωσή του προς αυτόν τον σκοπό. Βασικό μέλημα του κοινωνικού λειτουργού συνιστά η επανασύνδεση του ασθενούς με τις υγιείς πλευρές της προσωπικής και καθημερινής ζωής του πριν από την κρίση. Μέσα από αυτή τη διαδικασία το άτομο ανακτά την ταυτότητά του, εστιάζοντας στις δικές του ανάγκες και αναπτύσσοντας δεξιότητες αυτοδιαχείρισης.⁴¹

Ο ασθενής πρέπει πρωταρχικά να εκπαιδευτεί στην αποδοχή της νόσου ως ένα μέρος του εαυτού του και στη συνέχιση της ζωής του στη βάση των νέων πλέον δεδομένων, χωρίς να θεωρεί τη νόσο εμπόδιο στην πορεία και στην εξέλιξη της ζωής του. Προς επίτευξη αυτών ο κοινωνικός λειτουργός δρα παρεμβατικά. Βοηθά τον ασθενή να διατηρεί σε πρώτη φάση την εστίασή του στο «εδώ και τώρα» για τη διαχείριση της κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει. Στο συγκεκριμένο πλαίσιο, καίριας σημασίας είναι η συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη θεραπευτική του πορεία. Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι αυτό λειτουργεί αποτρεπτικά και μειώνει ουσιαστικά την αντίσταση του ασθενούς στη θεραπεία. Παράλληλα, ενισχύει την ενεργό δράση του στη διαμόρφωση του σχεδίου θεραπείας του, την τακτική αξιολόγηση της προόδου της θεραπείας και την επαναδιαπραγμάτευση του όποιου θεραπευτικού σχεδιασμού που τον αφορά.⁴⁰

Σε μελέτη που εκπονήθηκε σε ασθενείς οι οποίοι είχαν υποστεί ακούσια νοσηλεία καταγράφηκε ότι η πλειοψηφία αυτών αγνοούσε πως η συμπεριφορά τους είχε επηρεαστεί από τα συμπτώματά τους και ότι η θεραπεία την οποία δέχθηκαν τελικά τους βοήθησε να βελτιωθούν. Ωστόσο, επεσήμαναν ότι διακατέχονταν από αμφιλεγόμενα συναισθήματα ως προς τα μέλη των οικογενειών τους που κίνησαν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, αλλά και γιατί αυτά είχαν πιο στενή επαφή και συνεργασία με τους

θεράποντες ιατρούς, ενώ οι ίδιοι έμεναν έξω από τη θεραπευτική διαδικασία.³⁰

Η διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής και η διαδικασία ακούσιας νοσηλείας προκαλεί ποικίλα συναισθήματα και στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, τα οποία βιώνουν μεμονωμένα αλλά και συνολικά, εξ ίσου μια κατάσταση κρίσης. Οι συναισθηματικοί δεσμοί κλονίζονται, κυριαρχούν συναισθήματα ανησυχίας, φόβου, θυμού, αγωνίας, άρνησης της πραγματικότητας που φαντάζει ζοφερή, ενώ προκαταλήψεις και στερεότυπα σκιάζουν τη ζωή τους. Απορίες, ερωτηματικά, αναζήτηση ευθυνών τους κατακλύζουν και ζητούν υπεύθυνες απαντήσεις.²⁸ Υπό αυτό το πρίσμα, ο κοινωνικός λειτουργός υποστηρίζει την οικογένεια σε κάθε βήμα προς την πορεία από την ανακοίνωση της διάγνωσης έως την ανάρρωση του μέλους της που νοσεί. Έτσι, συνοδεύει τα μέλη στην κατανόηση της ψυχικής διαταραχής και στην αποδοχή της, στην έκφραση και στην επεξεργασία συναισθημάτων, στην αναγκαιότητα της θεραπευτικής συνεργασίας, στην εκπαίδευσή τους αναφορικά με τα σημάδια υποτροπής, στη σημασία της συστηματικής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, στην ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας, στη διαχείριση του στίγματος, στην επανάκτηση των δεσμών που διαταράχθηκαν, στη διατήρηση της οικογενειακής συνοχής, στην εξασφάλιση σταθερότητας της οικογενειακής λειτουργικότητας, στην πρόσβαση σε κοινοτικές πηγές ή σε άλλα περιβαλλοντικά συστήματα υποστήριξης.

Ένα βασικό μοντέλο παρέμβασης στην κρίση που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο κοινωνικός λειτουργός, προκειμένου να είναι βοηθητικός και αποτελεσματικός στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του, είναι αυτό των επτά σταδίων του Roberts. Πρόκειται για ένα μοντέλο που βρίσκει εφαρμογή σε ιδιαίτερα οξείες καταστάσεις κρίσεων, όπου προκαλούνται έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις λόγω ιδιαίτερα τραυματικών γεγονότων. Τα στάδια του μοντέλου περιλαμβάνουν: (α) Άμεση εκτίμηση της κρίσης και του βαθμού επικινδυνότητας για το άτομο και όσους εμπλέκονται με αυτό, (β) εγκατάσταση θετικής επικοινωνίας, συγκράτηση, ανοικτή έκφραση συναισθημάτων, (γ) προσδιορισμό βασικών προβλημάτων, διάκριση προτεραιοτήτων, (δ) ενθάρρυνση για έκφραση συναισθημάτων, (ε) διερεύνηση και εκτίμηση εναλλακτικών λύσεων στο άτομο και στο περιβάλλον του, (στ) εφαρμογή σχεδίου δράσης και (ζ) συνεχιζόμενη παρακολούθηση.³⁸

4.2. Μοντέλο ανάρρωσης

Η έννοια της ανάρρωσης συχνά ταυτίζεται με αυτές της βελτίωσης και της ίασης. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι συνώνυμες. Η βασική διαφορά έγκειται στον στόχο της ανάρρωσης, δηλαδή στην κινητοποίηση και στην ενίσχυση του ατόμου για αύξηση της ενεργητικότητάς του

και της συμμετοχής του σε δραστηριότητες μέσα από τις οποίες μπορεί να επιτευχθεί σταδιακή αυτονόμησή του. Ως διαδικασία ταυτίζεται με την αύξηση της λειτουργικότητας των πλευρών του ατόμου που επλήγησαν από την ψυχική νόσο, αλλά και τον διαχωρισμό του ίδιου από την ασθένεια, μειώνοντας έτσι την επίδραση του στίγματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό του. Επί πλέον, αφορά και στην προσπάθεια μείωσης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και της επίδρασης αυτών στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ασθενούς, μέσω της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου ζωής και της συνεπούς τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής.

Το μοντέλο ανάρρωσης προέκυψε ως απόρροια των κινήσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις αντιστάσεις των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ενώ τυγχάνει ολοένα και μεγαλύτερης αποδοχής κυρίως στις αγγλοσαξονικές χώρες.^{42,43} Με βάση τα κινήματα της ψυχιατρικής αποκατάστασης και του ενιαίου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου προσέγγισης της ψυχικής νόσου, απορρίπτει την κυριαρχία του ιατρικού επαγγέλματος στο σύστημα φροντίδας της ψυχικής υγείας και θέτει ένα νέο πρότυπο για την άσκηση της ψυχιατρικής επιστήμης.^{43,44} Στηρίζεται σε ένα σύνολο εσωτερικών καταστάσεων (internal conditions) που συντελούνται σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής πορείας ενός ασθενούς, η οποία και αποτελεί μια διαδικασία αλλαγής που χαρακτηρίζεται από μεταβολές στη συμπεριφορά με βάση τα βιώματα και τις πεποιθήσεις τα οποία αναπτύσσονται γύρω από αυτά. Οι εν λόγω εσωτερικές καταστάσεις αλληλεπιδρούν και είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις εξωτερικές καταστάσεις (external conditions). Μια από τις εσωτερικές καταστάσεις που καθορίζουν τη θεραπευτική πορεία είναι η πεποίθηση του ατόμου ότι η ανάρρωση είναι δυνατή. Αντίστοιχα, στους εξωτερικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η υιοθέτηση ενός ανθρωποκεντρικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που προσανατολίζεται στην ανάρρωση, η υιοθέτηση των αρχών του μοντέλου αυτού από τους επαγγελματίες υγείας και η διαχείριση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στίγματος.^{45,46}

Ειδικότερα, το μοντέλο της ανάρρωσης ενθαρρύνει μια πιο εξατομικευμένη και προσωποκεντρική προσέγγιση, όπου ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται απλά ως μια διάγνωση, αλλά ως μια μοναδική προσωπικότητα με τη δική της δυναμική για εξέλιξη, η οποία προκειμένου να αξιοποιηθεί στο έπακρον, προαπαιτεί ουσιαστική επένδυση στη συνεργασία με το άτομο.⁴⁵ Εμπιστευόμενος τη διαδικασία της θεραπείας, ο ασθενής επιτυγχάνει σταδιακά την ενίσχυση της ωριμότητάς του, προκειμένου στη συνέχεια να επιτύχει τη γενικότερη βελτίωσή του. Συνεπώς, ο ασθενής οδηγείται στην κατανόηση του νοήματος της ασθένειάς του, στον προσδιορισμό των προσωπικών του κινήτρων και επιθυμιών και στον καθορισμό των διαδικασιών που μπορεί να συντελέσουν στην επεξεργασία και στην επα-

νεκτίμηση της κατάστασης την οποία βίωνε πριν από την ακούσια νοσηλεία.^{46,47} Η διαδικασία της εξατομικευμένης θεραπευτικής προσέγγισης συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της εκδήλωσης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, καθώς καθιστά τελικά τον ασθενή «συντονιστή» του δικού του μοντέλου ανάρρωσης.

Το μοντέλο της ανάρρωσης, σε κάθε του στάδιο, αναδεικνύει την υποκειμενικότητα στην ανάρρωση από την ψυχική νόσο, με την έννοια ότι αυτή προσεγγίζεται από τον ασθενή ανάλογα με τις επιθυμίες και τις αντοχές του στη φάση ζωής που διανύει.⁴⁸ Συνεπώς, ο ασθενής δεν θεωρείται ένας αμέτοχος αποδέκτης κάποιας θεραπείας που έχει σχεδιαστεί γι' αυτόν χωρίς αυτόν. Γι' αυτόν τον λόγο, η μοναδική και ξεχωριστή εμπειρία του ασθενούς, έτσι όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος, είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και γίνεται αντιληπτή όχι ως μειονεξία, η οποία αφορά σε έννοια που αποδίδει κυρίως την αντίληψη ενός άλλου.

Μείζονος σημασίας παράγοντα στο συγκεκριμένο μοντέλο της πορείας προς την ανάρρωση αποτελεί η ενδυνάμωση του ασθενούς. Συχνά οι ασθενείς κάνουν λόγο για φόβο απώλειας ελέγχου του εαυτού και έλλειψη αυτοπεποίθησης κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, αλλά και μετά από αυτή.⁴⁹ Τις περισσότερες φορές η εν λόγω έννοια της απώλειας περιγράφεται ως «προσωπική απώλεια», ενώ αγνοείται η κοινωνική φύση της.^{49,50} Ωστόσο, η ανάρρωση είναι μια διαδικασία που επηρεάζεται από κοινωνικούς παράγοντες και η έννοια του «σχετίζεσθαι» είναι ισχυρά συνυφασμένη με το ευρύτερο περιβάλλον.^{45,51} Η σύνδεση με το κοινωνικό σύνολο προϋποθέτει τη λήψη νέων κοινωνικών ρόλων, την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών και την επανένταξη σε δραστηριότητες που ενισχύουν την επικοινωνία με άλλα μέλη της κοινότητας.⁴⁵ Αξίζει λοιπόν να τονιστεί ότι «ανάρρωση» θεωρείται η δυνατότητα του ατόμου να κατακτήσει κοινωνικούς στόχους, όπως η επαγγελματική απασχόληση, η ανεξάρτητη διαβίωση και η ικανότητα συμμετοχής σε υγιείς κοινωνικές σχέσεις.⁴⁶

Σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, η έννοια της αποκατάστασης στο μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: (α) Την κλινική αποκατάσταση, όπου υφίσταται απαλλαγή από τη νόσο χωρίς περαιτέρω ανάγκη για χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, (β) τη διαχείριση της νόσου, η οποία αφορά στον έλεγχο των συμπτωμάτων, των υποτροπών και τη μακροπρόθεσμη παρακολούθηση της πορείας της ασθένειας μέσω της συνεργασίας του ασθενούς με τον ψυχίατρο βάσει κάποιου συγκεκριμένου θεραπευτικού σχεδιασμού και (γ) την προσωπική αποκατάσταση, που χαρακτηρίζει τη δυνατότητα του ασθενούς να συνεχίζει να λαμβάνει ικανοποιήσεις από τη ζωή και τους ρόλους τους οποίους επιτελεί χωρίς να ορίζεται ολοκληρωτικά από τη νόσο και τον ρόλο του ασθενούς.⁴⁴

Τέλος, καθίσταται σαφές ότι το μοντέλο της ανάρρωσης

θέτει σοβαρά ερωτήματα αμφισβητώντας το βιοϊατρικό μοντέλο προσέγγισης σχετικά με τη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών και αναζητά λύσεις μέσω ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων. Επίσης, επισημαίνεται η αναγκαιότητα για αλλαγές που πρέπει να συμβούν, ώστε το μοντέλο να τύχει ευρύτερης αποδοχής και κυρίως ως προς τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις οι οποίες κυριαρχούν στην ελληνική κοινωνία σε σχέση με την κανονικότητα και την τελική αποδοχή της πραγματικότητας, ως ένα πλαίσιο που περιλάμβανε και θα συνεχίσει να περιλαμβάνει πάντα το διαφορετικό.⁴³

5. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ

Η ακούσια νοσηλεία, ως διαδικασία παγκοσμίως, εγείρει σοβαρά ηθικά και νομικά ζητήματα. Αυτά διχάζουν την επιστημονική κοινότητα εξ αιτίας των περιορισμών που θέτουν αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών και την πατερναλιστική ευθύνη για την αποφυγή βλάβης στον ίδιο ή τους άλλους, αλλά και τις σοβαρές επιπτώσεις τις οποίες επιφέρει στους ίδιους τους ασθενείς και στις οικογένειές τους, όπως και στο σύστημα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.⁵²

Τα μεγάλα ποσοστά ακούσιων νοσηλείων ψυχικά ασθενών που παρατηρούνται στη χώρα μας φαίνεται ότι οφείλονται σε έναν συνδυασμό πολιτισμικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων: πολιτισμικά χαρακτηριστικά, αναπαραστάσεις για την ψυχική ασθένεια, στίγμα και προκαταλήψεις, χρόνιες ανεπάρκειες του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών, επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην αύξηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στον γενικό πληθυσμό και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικότερα, το ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο τείνει να χαρακτηρίζεται ως υψηλού βαθμού συλλογικό, ελέγχου, υπακοής και εξάρτησης από την οικογένεια και με ισχυρούς οικογενειακούς και κοινοτικούς δεσμούς.^{53,54} Η συλλογική κουλτούρα είναι ενδεικτική χαμηλής ανοχής στην απόκλιση και ως εκ τούτου μεγαλύτερης πιθανότητας εκδήλωσης αρνητικών συμπεριφορών προς τους ψυχικά ασθενείς. Επί

πλέον, ανθρωπολογικές μελέτες δείχνουν ότι στην Ελλάδα η ψυχική ασθένεια νοσηματοδοτείται αφ' ενός συνδεδεμένη με την επικινδυνότητα και αφ' ετέρου ως ένα είδος κληρονομικής νόσου που στιγματίζει έντονα τόσο το άτομο όσο και την οικογένειά του.⁵⁵ Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ευρύτερη κοινωνία να θεωρεί τους φορείς της ψυχικής ασθένειας επικίνδυνους που χρειάζεται να ελέγχονται μακριά από τις γειτονιές, ενώ οι οικογένειες να προσπαθούν να τους αποκρύψουν. Αιτούνται ψυχιατρικής βοήθειας όταν πλέον τα συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά. Επί πλέον, παρά το ότι η χώρα για χρόνια επιχειρεί ψυχιατρική μεταρρύθμιση, το δημόσιο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών συνεχίζει να παραμένει ανεπαρκές και περιορισμένο σε σχέση με τις σύγχρονες ανάγκες, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζει προβλήματα στην ανάπτυξη κατάλληλων και αποτελεσματικών ψυχιατρικών υπηρεσιών που να καλύπτουν συνολικά τον πληθυσμό σε όλες τις περιφέρειες. Το γεγονός της έλλειψης υπηρεσιών, σε συνδυασμό με την αύξηση των ψυχικών διαταραχών λόγω των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της βαθιάς οικονομικής κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα από το 2010, έχει ως συνέπεια τη μη έγκαιρη και πλημμελή αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.^{56,57}

Στο πλαίσιο αυτό και με δεδομένες τις προαναφερόμενες δυσκολίες, οι κλινικοί κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν τα μέλη της ψυχιατρικής διεπιστημονικής ομάδας που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή υποστήριξης του ακούσια νοσηλεύομένου ψυχικά ασθενούς και της οικογένειάς του. Αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις για τους κοινωνικούς λειτουργούς στο πεδίο της ακούσιας νοσηλείας θα μπορούσαν να επιτευχθούν με την εστίαση και την υιοθέτηση εκ μέρους τους σύγχρονων και επίκαιρων μοντέλων θεραπευτικής προσέγγισης. Άλλωστε, αξίζει να σημειωθεί ότι τα εν λόγω μοντέλα μοιράζονται κοινούς στόχους και αξίες με εκείνες της επιστήμης της κοινωνικής εργασίας, όπως των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της κοινωνικής αλλαγής για την υπέρβαση των διαρθρωτικών μειονεκτημάτων, της εξατομίκευσης και της ενδυνάμωσης των ατόμων.

ABSTRACT

Compulsory admission, family and clinical social work

S. MARTINAKI,^{1,2} C. ASIMOPOULOS,² A. PAPAIOANNOU,¹ N. MICHAIOVITS,¹
N. ANASTASIADOU,² V. SKEVOFILAX,² A. CHATZIMICHAILIDOU²

¹First Psychiatric Clinic, "Eginitio" Hospital, National and Kapodistrian University of Athens, Athens,

²Department of Social Work, University of West Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(6):744–753

Over time, the family has proved to be the primary support system and the basic source of care for the mentally ill. Various theories have been propounded as to the role of the family in the etiology and development of serious mental

disorders. The family atmosphere, the caregivers' burden and negatively expressed emotions, have all been found to have a negative impact on the progression of the disease and on relapses, and on the psychosocial functioning and overall improvement of the patient. In Greece, a high rate of involuntary hospitalizations (60%) is recorded, the majority of which have been initiated at the request of a member of the patient's family. Clinical social workers are called upon to manage the problems arising from the involuntary hospitalization process. As management approaches and therapeutic interventions are constantly changing, clinical social work, as a dynamically evolving science, adapts to new evidence by applying modern models and practices. Clinical social workers, applying models of crisis intervention and recovery, are able to contribute constructively in supporting the patients and their families, accompanying all family members in the procedures of "continue – adapt to living with the disease".

Key words: Clinical social work, Compulsory admission, Family, Mental illness

Βιβλιογραφία

1. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. Προβλήματα επικοινωνίας στην οικογένεια του σχιζοφρενικού (μελέτη θεωριών των Bateson G, Wynne L και Lindz T). *Minerva Medica Greca* 1974, 2:319–330
2. BROWN GW, CARSTAIRS GM, TOPPING G. Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *Lancet* 1958, 2:685–688
3. BROWN GW, MONCK EM, CARSTAIRS GM, WING JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med* 1962, 16:55–68
4. VAN PUTTEN T, MAY PR. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: The consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35:477–480
5. HOGARTY GE, SCHOOLER NR, ULRICH R, MUSSARE F, FERRO P, HERRON E. Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. *Arch Gen Psychiatry* 1979, 36:1283–1294
6. SCHOOLER NR, LEVINE J, SEVERE JB, BRAUZER B, DIMASCIO A, KLERMAN GL ET AL. Prevention of relapse in schizophrenia: An evaluation of fluphenazine decanoate. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37:16–24
7. ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ, ΤΣΟΠΕΛΑΣ Χ, ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Μεταβολή της οικογενειακής ατμόσφαιρας Θεραπευομένων σε αποκαταστασιακές δομές. *Ψυχιατρική* 2009, 20:145–152
8. ΤΟΜΑΡΑΣ Β, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Σχιζοφρένεια και οικογένεια. Ο ρόλος της οικογένειας στην πορεία και τη θεραπεία της σχιζοφρένειας. *Ιατρική* 1990, 57:238–246
9. ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΓ. *Ψυχιατρική και αποκατάσταση*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2005
10. McCREADIE RG, WILLIAMSON DJ, ATHAWES RW, CONNOLLY MA, TILAKSINGH D. The Nithsdale Schizophrenia Surveys. XIII. Parental rearing patterns, current symptomatology and relatives' expressed emotion. *Br J Psychiatry* 1994, 165:347–352
11. WUERKER AK, HAAS GL, BELLACK AS. Interpersonal control and expressed emotion in families of persons with schizophrenia: Change over time. *Schizophr Bull* 2001, 27:671–685
12. WUERKER AK, FU VK, HAAS GL, BELLACK AS. Age, expressed emotion, and interpersonal control patterning in families of persons with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2002, 109:161–170
13. HARRISON CA, DADDS MR, SMITH G. Family caregivers' criticism of patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1998, 49:918–924
14. WEISMAN AG, NUECHTERLEIN KH, GOLDSTEIN MJ, SNYDER KS. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998, 107:355–359
15. WEISMAN AG, NUECHTERLEIN KH, GOLDSTEIN MJ, SNYDER KS. Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: A within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *J Abnorm Psychol* 2000, 109:167–171
16. ROSENFARBIS, GOLDSTEIN MJ, MINTZ J, NUECHTERLEIN KH. Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within the transactions between schizophrenic patients and their family members. *J Abnorm Psychol* 1995, 104:259–267
17. HALL MJ, DOCHERTY NM. Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Fam Process* 2000, 39:435–444
18. KING S. Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophr Res* 2000, 45:65–78
19. SMITH J, BIRCHWOOD M, COCHRANE R, GEORGE S. The needs of high and low expressed emotion families: A normative approach. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993, 28:11–16
20. BARROWCLOUGH C, PARLE M. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1997, 171:26–30
21. SCAZUFCA M, KUIPERS E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996, 168:580–587
22. BIBOU-NAKOU I, DIKAIΟΥ M, BAIRACTARIS C. Psychosocial dimensions of family burden among two groups of carers looking after psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997, 32:104–108
23. McDONELL MG, SHORT RA, BERRY CM, DYCK DG. Burden in schizophrenia caregivers: Impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003, 42:91–103
24. CHRZASTOWSKI S. Different approaches to the concept of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2004, 38:421–432
25. JUNGBAUER J, WITTMUND B, DIETRICH S, ANGERMEYER MC. The disregarded caregivers: Subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 2004, 30:665–675
26. CHIEN WT, NORMAN I, THOMPSON DR. A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Nurs Stud* 2004, 41:637–649

27. HAZEL NA, McDONELL MG, SHORT RA, BERRY CM, VOSS WD, RODGERS ML ET AL. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv* 2004, 55:35–41
28. ΜΑΡΤΙΝΑΚΗ Σ, ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α. Το ψυχικό τραύμα και η έκφρασή του στο οικογενειακό πλαίσιο. Στο: Κουντή-Χρονοπούλου Κ, Τζεδάκη Μ, Πασσά Μ (Επιμ.), Παπαδημητρίου ΓΝ (Συντ.) *Η συμβολή της κοινωνικής εργασίας στην ψυχιατρική θεραπευτική*. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2015:354–360
29. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΔΡΑΚΩΝΑΚΗΣ Ν, ΠΑΝΑΓΟΥ Α. Ακούσια νοσηλεία: Νομοθετικό πλαίσιο, επιδημιολογία και έκβαση. Στο: Amering M, Στυλιανίδης Σ, Πέππου ΛΕ, Λάβδας Μ, Μαμαλούδη Χ, Χόνδρος Π και συν (Επιμ.) *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, 2014:649–670
30. STYLIANIDIS S, PEPROU LE, DRAKONAKIS N, IATROPOULOU G, NIKOLAIDI S, TSIKOU K ET AL. Patients' views and experiences of involuntary hospitalization in Greece: A focus group study. *Int J Cult Ment Health* 2018, 11:425–436
31. O'DONOGHUE B, LYNE J, HILL M, LARKIN C, FEENEY L, O'CALLAGHAN E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:631–638
32. KALLERT TW, RYMASZEWSKA J, TORRES-GONZÁLEZ F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: Implications for clinical practice. *BMC Psychiatry* 2007, 7(Suppl 1):S83
33. HUNG YY, CHAN HY, PAN YJ. Risk factors for readmission in schizophrenia patients following involuntary admission. *PLoS One* 2017, 12:e0186768
34. PRIEBE S, KATSAKOU C, AMOS T, LEESE M, MORRIS R, ROSE D ET AL. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *Br J Psychiatry* 2009, 194:49–54
35. SMITH M, GALLAGHER M, WOSU H, STEWART J, CREE VE, HUNTER S ET AL. Engaging with involuntary service users in social work: Findings from a knowledge exchange project. *Br J Soc Work* 2012, 42:1460–1477
36. ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗΣ Γ. *Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ, Αθήνα, 2002
37. RAPOPORT L. The state of crisis: Some theoretical considerations. *Soc Serv Rev* 1962, 36:211–217
38. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΑΓΩΝΙΚΑ Μ. *Μεθοδολογία κοινωνικής εργασίας. Μοντέλα παρέμβασης*. 4η έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2008
39. WANG D, STALKER CA. Attachment theory. In: Coady N, Lehmann P (eds) *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach*. 3rd ed. Springer Publishing Co, New York, 2016:108–183
40. SHEEHAN KA, BURNS T. Perceived coercion and the therapeutic relationship: A neglected association? *Psychiatr Serv* 2011, 62:471–476
41. SLADE M. Mental illness and well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010, 10:26
42. AMERING M. Recovery, science and human rights. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012, 21:367–369
43. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ, ΛΑΒΔΑΣ Μ, ΜΑΡΚΟΥ Κ, ΜΠΕΛΕΚΟΥ Π. Μοντέλο recovery και σύγχρονη ψυχιατρική φροντίδα: Εννοιολογική θεώρηση, κριτική προσέγγιση και πρακτική εφαρμογή. Στο: Amering M, Στυλιανίδης Σ, Πέππου ΛΕ, Λάβδας Μ, Μαμαλούδη Χ, Χόνδρος Π και συν (Επιμ.) *Σύγχρονα θέματα κοινωνικής και κοινοτικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, 2014:249–276
44. BARBER ME. Recovery as the new medical model for psychiatry. *Psychiatr Serv* 2012, 63:277–279
45. JACOBSON N, GREENLEY D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv* 2001, 52:482–485
46. STARNINO VR. An integral approach to mental health recovery: Implications for social work. *J Hum Behav Soc Environ* 2009, 19:820–842
47. FOWLER JC, CLAPP JD, MADAN A, ALLEN JG, FRUEH BC, FONAGY P ET AL. A naturalistic longitudinal study of extended inpatient treatment for adults with borderline personality disorder: An examination of treatment response, remission and deterioration. *J Affect Disord* 2018, 235:323–331
48. SLADE M, AMERING M, FARKAS M, HAMILTON B, O'HAGAN M, PANTHER G ET AL. Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014, 13:12–20
49. BAKER AEZ, PROCTER N, GIBBONS T. Dimensions of loss from mental illness. *J Sociol Soc Welfare* 2009, 36:25–52
50. D'ANDREA M, DANIELS J. Measuring ego development for counseling practice: Implementing developmental eclecticism. *J Humanist Edu Dev* 1992, 31:12–21
51. MARKOWITZ FE. Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health Sociol Rev* 2015, 24:199–212
52. BLOCH S, GREEN SA. An ethical framework for psychiatry. *Br J Psychiatry* 2006, 188:7–12
53. PAPAΔΟΠΟΥΛΟΣ C, FOSTER J, CALDWELL K. "Individualism-collectivism" as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013, 49:270–280
54. TRIANDIS HC. Individualism-collectivism and personality. *J Pers* 2001, 69:907–924
55. BLUE AV. Greek psychiatry's transition from the hospital to the community. *Med Anthropol Q* 1993, 7:301–318
56. EFTHIMIOU K, ARGALIA E, KASKABA E, MAKRI A. Economic crisis and mental health. What do we know about the current situation in Greece? *Encephalos* 2013, 50:22–30
57. GIOTAKOS O, KARABELAS D, KAFKAS A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22:109–119

Corresponding author:

C. Asimopoulos, 5 Eptanisou street, 152 31 Athens, Greece
e-mail: asimopoulos.charis@gmail.com