

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

***Σχολή Κοινωνικών επιστημών***

***Τμήμα ψυχολογίας***

**Πτυχιακή εργασία**

Ζητήματα ψυχικής υγείας στις φυλακές  
και ο ρόλος του ψυχολόγου



***Επιβλέπων καθηγητής : Όλγα Θεμελή***  
**Μυρσιάδη Ελένη**  
**A.M:2418**

## Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	4
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> – Το σωφρονιστικό σύστημα.....	5
1.1. Σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα Θεσμικό πλαίσιο, διάρθρωση, καταγραφή .....	5
1.2 Φροντίδα των κρατουμένων .....	6
1.3 Το κοινωνικό προφίλ των κρατουμένων.....	8
1.3.1 κρατούμενοι με προβλήματα ψυχικής υγείας .....	10
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> - Ψυχικές διαταραχές στον χώρο των φυλακών .....	12
2.1 Εισαγωγή.....	12
2.2. Ψυχικές διαταραχές στο χώρο των φυλακών.....	15
2.2.1. Κατάχρηση αλκοόλ.....	15
2.2.2 Κατάθλιψη .....	17
2.2.3 Διαταραχές άγχους.....	20
2.2.3.1 Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.....	23
2.2.3.2 Μετατραυματικό Στρες (PTSD) .....	25
2.2.3.3 Κοινωνική φοβία.....	27
2.2.3.4 Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή.....	30
2.2.4 Ψυχωτικές Διαταραχές .....	31
2.2.4.1 Σχιζοφρένεια .....	32
2.2.5 Ναρκωτικά.....	33
2.3. Σύνδρομα εγκλεισμού .....	37
2.3.1 Σύνδρομο Ganser.....	37
2.3.2 Πυρετός της πύλης .....	38
2.4 Αυτοκτονία στις φυλακές .....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> -Ο Ρολος του ψυχολογου .....	42
3.1 Ιστορική αναδρομή.....	42
3.2 Ρόλος του ψυχολόγου στη δικαιοσύνη.....	43
3.3 Ο ρόλος του ψυχολόγου μέσα στις φυλακές .....	43
3.3.1 Επιστήμονες στο χώρο των φυλακών.....	45

3.3.2 Ο ρόλος του ψυχολόγου.....	47
3.4 Ψυχολόγοι στις φυλακές στην Ελλάδα.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> -ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56

### Εισαγωγή

Η σωφρονιστική πολιτική εντάσσεται στο πλαίσιο της αντεγκληματικής πολιτικής και αντιπροσωπεύει, μεταξύ άλλων, ένα σημαντικό της τμήμα. Με τον όρο «σωφρονιστική αντεγκληματική πολιτική» εννοείται η πολιτική ενός κράτους που ασχολείται με την επιλογή και διαμόρφωση ενός κατάλληλου συστήματος που καθορίζει τους τρόπους έκτισης των ποινών και την οργάνωση των καταστημάτων κράτησης, εφόσον αυτές είναι στερητικές της ελευθερίας. (Αλεξιάδης, 2004).

Η πρώτη ελληνική σωφρονιστική νομοθεσία αποτυπώθηκε στο οθωνικό διάταγμα της 31.12.1836 και ακολουθούσε το «τιμωρητικό πρότυπο». Κατά το πρότυπο αυτό ο κρατούμενος έπρεπε να αδρανοποιηθεί ως προς τους κινδύνους που δημιουργεί στην κοινωνία και τους συνανθρώπους του και, παράλληλα, να τιμωρηθεί για το έγκλημα που διέπραξε. Βασικά χαρακτηριστικά του ήταν τα μέτρα της απομόνωσης, της απαγόρευσης επικοινωνίας, της καταναγκαστικής εργασίας και της αυστηρής τιμωρίας ως μέρους έκτισης της ποινής του (Παπαθεοδώρου, 2002) .

Ο πρώτος ελληνικός σωφρονιστικός κώδικας ο οποίος αναφέρεται στην εκπαίδευση και την εργασία των κρατουμένων δημοσιεύθηκε το 1967. Μέχρι τότε δεν υπήρχε σωφρονιστική πολιτική, ενώ για την αγωγή των κρατουμένων οι ενέργειες που λάμβαναν χώρα ήταν στοιχειώδεις. Ο Σωφρονιστικός Κώδικας του 1967 είχε χαρακτήρα «θεραπευτικό» καθώς η ποινή είχε ως στόχο όχι την τιμωρία αλλά την αναμόρφωση της προσωπικότητας του κρατουμένου. Περιείχε άρθρα για την εργασία των κρατουμένων με σκοπό την κοινωνική αναπροσαρμογή, την εκπαίδευση, την ηθική ολοκλήρωση του ατόμου, καθώς και μέτρα για τη δίκαιη και ανθρώπινη έκτιση της ποινής. Παρά τον θεραπευτικό του χαρακτήρα, διαπνεόταν από αυταρχικότητα και αυστηρότητα. Άφηνε στα όργανα της φυλακής μεγάλα περιθώρια διακριτικής ευχέρειας και έδινε μεγάλη σημασία στην πειθαρχική ποινή ως μέσο διαπαιδαγώγησης (Παπαθεοδώρου, 2002).

Στην Ευρώπη η σωφρονιστική νομοθεσία ως προς την εκπαίδευση και τη μεταχείριση των κρατουμένων δεν διέφερε σημαντικά. Οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες, τα «houses of correction» στην Αγγλία και την Ολλανδία του 16ο αιώνα έγιναν με βάση

την προοδευτική - για την εποχή της - ιδέα του Coornhert (1587) ότι η εργασία, η εκπαίδευση και η προσευχή θα βοηθούσαν στην κοινωνική διαπαιδαγώγηση των κρατουμένων και, συνακόλουθα, στην πρόληψη της υποτροπής. Κατά τον Coornhert οι σκοποί αυτοί, θα μπορούσαν να επιτευχθούν με σκληρή σωματική εργασία, θρησκευτική εκπαίδευση και αυστηρή πειθαρχία. Στα πιο γνωστά «houses of correction», το Bridewell στην Αγγλία και τα Zuchthaus και Spinnhaus (ανδρικό και γυναικείο αντίστοιχα) στην Ολλανδία, ο κύριος τρόπος μεταχείρισης ήταν, όντως, η σκληρή, πολύωρη σωματική εργασία, που καθόριζε τους όρους διαβίωσης στη φυλακή, και ήταν υποχρεωτική για όλους. Οι κρατούμενοι που εργάζονταν περισσότερο πρόθυμα και απέδιδαν ικανοποιητικά, εξασφάλιζαν προοδευτικά ως επιβράβευση την τοποθέτησή τους σε θέσεις επιτέλεσης ελαφρότερων εργασιών. Η άρνηση, όμως, εκτέλεσης εργασίας συνεπαγόταν σκληρές πειθαρχικές κυρώσεις και μεταγωγή σε θέση με σκληρότερο και περισσότερο κάματο. Έτσι, με την ανάθεση σκληρής και δυσάρεστης εργασίας στους κρατουμένους στόχευαν σε δυο αποτελέσματα, αφενός στα οικονομικά έσοδα του καταστήματος και αφετέρου στην αναμόρφωση των επικίνδυνων κακοποιών σε σκληρά εργαζόμενα μέλη της κοινωνίας (Αρχιμανδρίτου, 2000).

Στην Ελλάδα, το 1967 ο νομοθέτης προχώρησε στη δημοσίευση του πρώτου σωφρονιστικού κώδικα, στον οποίο λαμβάνονταν μέτρα για τη βελτίωση γενικότερα των συνθηκών κράτησης στις φυλακές, αλλά και ειδικότερα για την ανάπτυξη του πνευματικού επιπέδου και της δημιουργικότητας των κρατουμένων κατά τον ελεύθερο χρόνο τους. Στην προσπάθειά του να διορθώσει τα κακώς κείμενα του Σωφρονιστικού Κώδικα του 1967 το Υπουργείο Δικαιοσύνης αποφάσισε τον Ιούνιο του 1982 να συντάξει ένα νέο Σωφρονιστικό Κώδικα, ο οποίος θα ήταν απαλλαγμένος από τα σφάλματα του προηγούμενου. Ο νέος κώδικας προσαρμόστηκε στις σύγχρονες σωφρονιστικές αντιλήψεις, στη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών του 1948, στη Σύμβαση της Ρώμης του 1950, στο Ελληνικό Σύνταγμα του 1975, στο Σύνολο των Στοιχειωδών Κανόνων για τη Μεταχείριση των Κρατουμένων του ΟΗΕ του 1955, των αποφάσεων του Συμβουλίου της Ευρώπης του 1973 και του 1986. Το σχέδιο που κατάρτισε η νομοπαρασκευαστική επιτροπή, την οποία είχε ορίσει το Υπουργείο, ψηφίστηκε από το ελληνικό Κοινοβούλιο στις 16 Μαΐου του 1989 (ν.1851/1989) και η έναρξή της

ισχύος του ορίστηκε για την 1η Ιανουαρίου του 1990. Το όνομα του ήταν «Κώδικας Βασικών Κανόνων για τη Μεταχείριση των Κρατουμένων» (Δασκαλάκη και συν., 1999)

Ο Νέος Σωφρονιστικός Κώδικας διαπνέεται από το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και αποβλέπει στην ομαλή επανένταξη του εγκλείστου στο κοινωνικό, επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον, εντάσσοντάς τον σε προγράμματα αγωγής. Είναι φανερό ότι επιδιώκει με την ανάπτυξη των ψυχικών, σωματικών, και πνευματικών ιδιοτήτων του, τη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας των κρατουμένων.

Ο εγκλεισμός ανθρώπων στις φυλακές σίγουρα δεν είναι ότι το καλύτερο για αυτούς. Αντιθέτως δημιουργεί ιδιαίτερα ζητήματα ως προς την ψυχική ισορροπία και υγεία των κρατουμένων. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι μπορεί ο Νέος Σωφρονιστικός κώδικας να επέφερε αλλαγές και μεγαλύτερο σεβασμό στην προσωπικότητα των φυλακισμένων, αλλά δεν παύουν οι φυλακές να λειτουργούν συχνά ως αποθήκη ψυχών. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητο να εξεταστεί το περιβάλλον κάτω από το οποίο λειτουργούν και ζουν οι φυλακισμένοι. Ιδιαίτερο στοιχείο είναι να εξεταστεί το ζήτημα των ψυχικών νοσημάτων που προσβάλλουν τους φυλακισμένους και κυρίως το πώς μπορεί ο ψυχολόγος να παρέμβει σε αυτό το ζήτημα.

## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> – Το σωφρονιστικό σύστημα

### **1.1. Σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα Θεσμικό πλαίσιο, διάρθρωση, καταγραφή**

Το Σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα βασίζεται στις γενικές αρχές που τίθενται από το Σύνταγμα, τις διεθνείς συμβάσεις, τους νόμους και τα προεδρικά διατάγματα καθώς και τις κανονιστικές πράξεις κατ' εξουσιοδότηση τους, με θεμελιώδη νόμο τον ισχύοντα Σωφρονιστικό Κώδικα.

Οι γενικές αρχές αφορούν τους κανόνες εκτέλεσης των ποινών και μέτρων ασφαλείας κατά της ελευθερίας, όπως αυτές επιβάλλονται από τα αρμόδια δικαστήρια και τη μεταχείριση των κρατουμένων στα καταστήματα κράτησης

Απαραβίαστες αρχές στην εφαρμογή των ανωτέρω κανόνων αποτελούν η νομιμότητα και η ισότητα στη μεταχείριση των κρατουμένων, ο σεβασμός των δικαιωμάτων των κρατουμένων που τους αναγνωρίζει ο νόμος και η έννομη προστασία τους. Στον προαναφερθέντα Σωφρονιστικό Κώδικα περιγράφονται τα όργανα της άσκησης της σωφρονιστικής πολιτικής που είναι το Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο Φυλακών, η Κεντρική Επιτροπή Μεταγωγών και τα Συμβούλια της Φυλακής. Επίσης καθορίζονται, οι κατηγορίες των κρατουμένων και των καταστημάτων κράτησης, ο τρόπος μεταγωγής σε αυτά και η διαβίωσής τους, η εφαρμογή προγραμμάτων και η διάθεση του ελεύθερου χρόνου τους, η εργασιακή τους κατάσταση, ο ευεργετικός υπολογισμός ημερών ποινής λόγω εργασίας και η επικοινωνία με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Στον ίδιο Κώδικα περιγράφονται οι εναλλακτικές μορφές έκτισης των ποινών, τα μέτρα για την εύρυθμη λειτουργία των καταστημάτων, ο τρόπος μεταγωγών των κρατουμένων, ο τρόπος λήξης των ποινών, η μετασωφρονιστική μέριμνα, η εποπτεία της εφαρμογής του και τα όργανα που την ασκούν. Η εποπτεία της οργάνωσης και

λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος ασκείται από τη Γενική Διεύθυνση Σωφρονιστικής Πολιτικής του Υπουργείου και της υπαγόμενες σε αυτή Διευθύνσεις :

- α) Πρόληψης Εγκληματικότητας και Σωφρονιστικής Αγωγής Ανηλίκων
- β) Σωφρονιστικής Αγωγής Ενηλίκων
- γ) Λειτουργία Ειδικών Θεραπευτικών Καταστημάτων
- δ) Επιθεώρησης Σωφρονιστικών Καταστημάτων και Ειδικών Καταστημάτων Κράτησης Νέων και
- ε) Εξωτερικής Φρούρησης Φυλακών και λοιπών Καταστημάτων.

## **1.2 Φροντίδα των κρατουμένων**

Σύμφωνα με το άρθρο 27 παρ.1 του Σωφρονιστικού Κώδικα, η διεύθυνση της φυλακής εξασφαλίζει στους κρατουμένους ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης επιπέδου αναλόγου αυτού του λοιπού πληθυσμού, σύμφωνα με την τρίτη παράγραφο του ίδιου άρθρου: «Αν σε συγκεκριμένο κατάστημα δεν υπηρετεί μόνιμο υγειονομικό προσωπικό οι ανάγκες καλύπτονται σε 24ωρη βάση με επισκέψεις εξωτερικών ιατρών και νοσοκόμων, που καλούνται από τον διευθυντή του καταστήματος και αμείβονται κατ' επίσκεψη από αυτόν μέσω του Υπουργείου δικαιοσύνης».

Σε δύο φυλακές στην Αγροτική φυλακή Κασσάνδρας και στην Δικαστική φυλακή Θεσ/νίκης, σημαντικού ενδιαφέροντος για την βόρεια Ελλάδα , η παροχή φροντίδας υγείας των κρατουμένων προσφέρεται ως εξής:

- 1) Στην Αγροτική Φυλακή Κασσάνδρας Χαλκιδικής δυναμικότητας 250 300 κρατουμένων υπάρχει ένα πλήρες οργανωμένο ιατρείο, ένα φαρμακείο και ένα πλήρες εξοπλισμένο οδοντιατρείο, και οι τρεις αυτοί χώροι είναι μαζί ο ένα δίπλα στον άλλον στο κεντρικό κατάστημα της φυλακής. Αυτοί οι τρεις ξεχωριστοί χώροι επικοινωνούν με ασφάλεια (με τούνελ) με το κλειστό τμήμα της φυλακής αλλά και



εξωτερικά με τους εξωτερικούς-λογοτιμήτες κρατουμένους καθώς και με τους λοιπούς ιδιώτες ή υπαλλήλους. Θα λέγαμε ότι υπάρχει ένα μικρό Κέντρο Υγείας. Στο Υγειονομικό αυτό μικρό Κέντρο Υγείας υπηρετούν:

I. Ένας Αγροτικός Ιατρός ο οποίος τοποθετείται από το Υπουργείο Υγείας μέσω του Νοσοκομείου Πολυγύρου και του Κέντρου Υγείας Κασσάνδρας με μόνιμη κυλιόμενη ετήσια θητεία, κάθε χρόνο δηλαδή τοποθετείται και διαφορετικός ιατρός. Τα ενδεχόμενα καινά απουσίας του αγροτικού αυτού ιατρού τα καλύπτει πάντα το Κέντρο υγείας Κασσάνδρας. Πρέπει επ' αυτού να σημειωθεί ότι αν και προβλέπεται ειδικός παθολόγος εντούτοις σε πρόσφατο διαγωνισμό του ΑΣΕΠ για πλήρωση της εν λόγω θέσης δεν εξέφρασε κανείς ενδιαφέρον.

II. Μία Νοσηλεύτρια μόνιμος υπάλληλος Τεχνολογικής εκπαίδευσης επί καθημερινής ημερήσιας βάσης.

III. Δύο φύλακες-οδηγοί τραυματιοφορείς, οι οποίοι και εργάζονται σε διπλοβάρδια (πρωί και απόγευμα) τις μονές ημέρες ο ένας και τις διπλές ο άλλος, το δε βράδυ ο εργαζόμενος της ημέρας βρίσκεται σε επιφυλακή στο σπίτι του για ότι και αν συμβεί.

Τα καθήκοντα των υπαλλήλων αυτών είναι να βοηθούν την νοσηλεύτρια και τον ιατρό σε κάθε ιατρική φροντίδα και να μεταφέρουν μαζί με τον φύλακα εξωτερικής φρούρησης τους κρατουμένους (με τα δύο τζίπ και την κλούβα που υπάρχουν στην φυλακή) για παραπέρα ιατρική φροντίδα στο Κέντρο Υγείας ή στο Νοσοκομείο Πολυγύρου.

IV. Ο οδοντίατρος είναι ιδιώτης γιατρός και ορίζεται με ετήσια σύμβαση, με την υποχρέωση σε μόνιμη βάση να εργάζεται στο οδοντιατρείο της φυλακής μια ημέρα της εβδομάδος και εκτάκτως όποτε άλλη μέρα και ώρα της εβδομάδος χρειαστεί προκειμένου να αντιμετωπισθεί ένα έκτακτο περιστατικό.

2) Στην **Δικαστική Φυλακή Θεσ/νίκης** και εδώ υπάρχει ιατρείο , φαρμακείο και οδοντιατρείο

I. Υπηρετεί παθολόγος μόνιμος υπάλληλος της φυλακής και 4 μόνιμοι νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης. Οι μεταγωγές των κρατουμένων για παραπέρα φροντίδα στα νοσοκομεία πραγματοποιούνται με τους φύλακες εξωτερικής φρούρησης .

II. Ο ψυχίατρος ο οδοντίατρος και ενίοτε ο ορθοπαιδικός προσφέρουν είναι ιδιώτες οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με σύμβαση .

### 1.3 Το κοινωνικό προφίλ των κρατουμένων

Με το πέρασμα των χρόνων το σωφρονιστικό σύστημα γίνεται πιο αυστηρό. Ο αριθμός των κρατουμένων αυξάνεται συνεχώς. Ο αριθμός των ανθρώπων που μπαίνουν στη φυλακή για σοβαρά αδικήματα μεγαλώνει. Το μεγαλύτερο ποσοστό κρατουμένων προέρχεται από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα είναι νεαρής ηλικίας ενώ τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί και ο αριθμός των μεταναστών κρατουμένων.

Οι περισσότεροι κρατούμενοι δεν έχουν μόνιμη απασχόληση ή είναι άνεργοι. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς κατηγορούνται για παράνομες δραστηριότητες που έχουν σχέση με ναρκωτικά ενώ μεγάλο ποσοστό κατηγορείται για ληστείες και κλοπές.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο αριθμός όσων έχουν φυλακιστεί περισσότερες από μία φορές αγγίζει το μισό αριθμό των κρατουμένων.

Η ανεργία, η πολιτιστική και οικονομική φτώχεια, οι φραγμοί στη μόρφωση και τη ζωή καθορίζουν σε τελευταία ανάλυση και το χαρακτήρα της τραγωδίας των ναρκωτικών που έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις.

Η εξάρτηση είναι ένα ανθρώπινο φαινόμενο που αφορά όλες τις παραμέτρους της ανθρώπινης ύπαρξης (βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές κ.λ.π.). Η εξάρτηση εκφράζεται μέσα από μια κοινωνική συμπεριφορά αναζήτησης μίας ουσίας.

Γι' αυτό, η εξάρτηση από ουσίες είναι ουσιαστικά κοινωνικό φαινόμενο στο οποίο ενέχονται πολλοί παράγοντες (οικογένεια, κοινωνία, οικονομία). Τρεις βασικοί άξονες καθορίζουν το πλαίσιο αυτών των παραγόντων. Ο πρώτος άξονας αφορά την προσωπικότητα, ο δεύτερος τη συνάντηση με μια ουσία και ο τρίτος την

κοινωνικοπολιτική στιγμή κατά την οποία συμβαίνει η συνάντηση της προσωπικότητας με την ουσία.

Για την κατανόηση αυτού του πολυπαραγοντικού φαινομένου απαιτείται μια διεπιστημονική προσέγγιση. Αρκετές επιστήμες, όπως η ιατρική, η ψυχολογία, η φαρμακολογία, η κοινωνιολογία κ.λ.π. μελετούν η κάθε μια από την πλευρά της το πρόβλημα των ναρκωτικών. (Ντώνιας 1994)

Η τοξικομανία είναι κοινωνικό φαινόμενο και κατά συνέπεια τα αίτια που την καθορίζουν είναι επίσης κοινωνικά και οικονομικά. Η εμφάνισή της συνδέεται με τη λειτουργία του συνόλου της κοινωνίας και αντανακλά την κρίση του αλλοτριωμένου ατόμου, μέσα από ένα τρόπο ζωής που τον χαρακτηρίζει η φυγή από την κοινωνική, την προσωπική και φυσική πραγματικότητα. Η τοξικομανία είναι ένας τρόπος ζωής που έχει σαν επίκεντρο την ουσία, υποτάσσοντας ολοκληρωτικά την ύπαρξη του ατόμου στην αναζήτηση και την εξασφάλιση της δόσης του σε βάρος οποιασδήποτε άλλης ανάγκης, σχέσης ή δραστηριότητας (Ζαφειρίδης 1989)

Τα αίτια που οδηγούν τόσο στη χρήση όσο και στην εξάρτηση είναι κοινά. Τα άτομα που θα περάσουν από τη χρήση στη συστηματική χρήση και στην εξάρτηση σαν τρόπο ζωής, είναι τα άτομα με την πλέον ευάλωτη προσωπικότητα. Αυτό που συντελείται στην εξάρτηση είναι μια διαδικασία απώλειας της καθαρά ανθρώπινης δηλαδή της κοινωνικής φύσης του ανθρώπου. Στην πραγματικότητα η τοξικομανία είναι αποτέλεσμα της πλήρους αποξένωσης του ατόμου από τον εαυτό του, το συνάνθρωπό του και την κοινωνία.

Η νομιμοποίηση των ναρκωτικών δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που συνδέονται με αυτά. Ουσιαστικά θα πρόκειται για μια προσπάθεια μετατροπής του προβλήματος από κοινωνικό σε νομικό ζήτημα. Η νόμιμη χορήγηση ναρκωτικών ουσιών θα θεσμοθετήσει την αναπαραγωγή της εξάρτησης και του κοινωνικού αποκλεισμού των χρηστών (Χαΐδου 2002)

Ορισμένοι προβάλλουν σαν λύση τη νόμιμη χορήγηση ηρωίνης και των υποκατάστατών της (π.χ. μεθαδόνη). Η πολιτική αντιμετώπισης της τοξικομανίας από τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) στην καλύτερη περίπτωση, εάν, δηλαδή, δεν οδηγηθεί σε αποτυχία αυτό το μέτρο από την ανάγκη του τοξικομανή να βρει περισσότερη ποσότητα από αυτήν που του χορηγείται, θα συντηρεί την

αναπαραγωγή του φαινομένου σε νόμιμα, μα αμφιβόλου βαθμού ελεγχόμενα πλαίσια, αφού συνήθως η νόμιμη μεθαδόνη συμπληρώνεται με την παράνομη ηρωίνη.

(Ζαφειρίδης 1989)

Τόσο η ισχύουσα πολιτική της καταστολής με το να οδηγείται ο τοξικομανής στη φυλακή όσο και η πολιτική της νομιμοποίησης που επιχειρεί απλά να γίνει διαχείριση της τοξικομανίας οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα.

Το πρόβλημα δε βρίσκεται στα ναρκωτικά αλλά σε αυτό που οι νέοι αναζητούν σε αυτά και δια μέσου αυτών. Η παρόρμησή τους για να κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών δεν εξαρτάται από το εάν υπάρχουν νόμιμα ή παράνομα ναρκωτικά, σκληρά ή μαλακά, αλλά σε σημαντικές εσωτερικές ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν.

(Ζαφειρίδης 1989)

Οι τοξικομανείς που εμπλέκονται με την παρανομία και συχνά καταλήγουν στη φυλακή δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα (Ν. 2721/99 άρθρα 6, 8 και 10)

Μπορούμε να διακρίνουμε τρεις ομάδες με χαρακτηριστικά που σχετίζονται και με το είδος των αδικημάτων:

α) χρήστες ουσιών σε αρχικό στάδιο: η χρήση βρίσκεται σε πειραματικό στάδιο. Τα αδικήματα δεν είναι σοβαρά και τελούνται είτε από κακή κρίση είτε υπό την επήρεια ουσιών.

β) εξαρτημένοι: η καθημερινή τους ζωή είναι αφιερωμένη στη χρήση και την ανεύρεσή της. Τα αδικήματα που διαπράττουν είναι κλοπές και απάτες ή έχουν να κάνουν με διακίνηση μικροποσοτήτων ναρκωτικών (βαποράκια) και το κίνητρο είναι η ανεύρεση χρημάτων για την εξασφάλιση της δόσης και την αποφυγή του στερητικού συνδρόμου.

γ) εγκληματογενείς χρήστες: ενστερνίζονται την υποκουλτούρα της παραβατικότητας και η χρήση έρχεται ως δευτερεύον πρόβλημα σε σχέση με την εγκληματική δραστηριότητα. Τα αδικήματα που διαπράττουν είναι σοβαρά και συχνά βίαια, ασχολούνται συχνά με εμπόριο ναρκωτικών, σχεδιάζουν τις κινήσεις τους και το κίνητρό τους είναι το προσωπικό όφελος.

### 1.3.1 Κρατούμενοι με προβλήματα ψυχικής υγείας

Η ψυχική νόσος έχει κάνει την εμφάνισή της από τα πανάρχαια χρόνια σε όλη τη γη. Η ερμηνεία της ψυχικής αρρώστιας και η αντιμετώπισή της μεταβάλλεται σε κάθε ιστορική εποχή και είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, π.χ. Επίπεδο ανάπτυξης επιστήμης, φιλοσοφίας, θρησκείας κ.λ.π.

Σε πρόσφατη έρευνα έγκλειστων φυλακισμένων κατέδειξε ότι το 37% των φυλακισμένων ατόμων παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές ενώ τα ποσοστά είναι ακόμα υψηλότερα σε φυλακισμένους που εκτίουν ποινές ισόβιας κάθειρξης. Στο γεγονός αυτό συμβάλλουν παράγοντες όπως η μη ύπαρξη οικίας και χρημάτων συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχικών ασθενειών με αποτέλεσμα πολλοί άστεγοι να οδηγούνται τελικά στις φυλακές. ( Birmingham, Mason, Grubin, 1996)

Η εξέλιξη της ψυχιατρικής μέσα από διάφορες μελέτες, έρευνες, εφαρμογές απέδειξε και επέβαλε ριζικές αλλαγές στην αντιμετώπιση και γενικά στην προσέγγιση του ψυχικά αρρώστου, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα τη σύγχρονη ψυχιατρική.

Οι νοσογόνοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών, εκτός από βιολογικοί είναι και κοινωνικοί. Επιδρούν στον άνθρωπο από την προγεννητική ακόμη περίοδο, π.χ. το μητρικό άγχος, οι εξαρτήσεις κ.α. ευθύνονται για διάφορες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται μετά τη γέννηση αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της ψυχονοητικής ανάπτυξης του ανθρώπου, της διαμόρφωσης της προσωπικότητάς του, της δημιουργίας των διαπροσωπικών και κοινωνικών του σχέσεων.

«Η αποασυλοποίηση, σε συνθήκες αποδυνάμωσης των δικτύων οικογενειακής υποστήριξης, σε συνδυασμό με την τάση να ποινικοποιηθεί η ψυχική διαταραχή έχουν ως αποτέλεσμα όλο και περισσότεροι ψυχικά ασθενείς να οδηγούνται στις φυλακές για αδικήματα τα οποία διέπραξαν ως αποτέλεσμα της διαταραχής τους» (Αλοσκόφης 2005)

Πρωτεύον ζήτημα είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στον τομέα της ψυχικής υγείας. Η ανεπάρκεια και έλλειψη ΠΦΥ ευθύνεται κατά ένα ποσοστό για την αυξητική τάση της εκδήλωσης των ψυχικών διαταραχών που δεν ανιχνεύθηκαν και δεν αντιμετωπίστηκαν εγκαίρως.

Οι ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό καθώς και σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό και σε κτηριακή υποδομή, ο ιδρυματισμός ασθενών και η υπερπλήρωση των κλινών προκαλούν προβλήματα στην λειτουργία του Ψυχιατρείου Κρατουμένων Κορυδαλλού.

Ενώ επείγοντα καρδιολογικά, παθολογικά και χειρουργικά περιστατικά δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο ψυχιατρείο και για αυτό διακομίζονται στο νοσοκομείο κρατουμένων Κορυδαλλού ή σε εξωτερικά νοσοκομεία. Υπάρχει μια πρόταση για ενοποίηση των δύο καταστημάτων (Νοσοκομείο Κρατουμένων και Ψυχιατρείο Κρατουμένων) σε μια διεύθυνση. Πρέπει να επισημάνουμε ότι το νοσοκομείο δεν είναι το κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον σε πολλές περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών. Δημιουργεί εμπόδια στο θεραπευτικό έργο και ενέχει σοβαρούς κινδύνους για τη ζωή κάποιων ασθενών.

Η συναρμοδιότητα του Υπουργείου Δικαιοσύνης με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχετικά με τη λειτουργία του Νοσοκομείου Κρατουμένων Κορυδαλλού και του Ψυχιατρείου Κρατουμένων Κορυδαλλού πρέπει να σταματήσει και τα ιδρύματα αυτά να ενταχθούν στο ΕΣΥ.

## *Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> - Ψυχικές διαταραχές στον χώρο των φυλακών*

### **2.1 Εισαγωγή**

Η ψυχική υγεία επηρεάζεται από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν μελετηθεί και αφορούν τον γενικό πληθυσμό. Παρόλο που είναι γνωστό το πόσο επηρεάζει την ψυχική υγεία των έγκλειστων το περιβάλλον της φυλακής υπάρχουν λίγες αναφορές που να αφορούν τα Ελληνικά σωφρονιστικά ιδρύματα.

Γενικότερα, η ψυχική υγεία των φυλακισμένων είναι ένα ζήτημα που προκαλεί ανησυχίες. Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι 6 φορές πιο συχνή μεταξύ των φυλακισμένων σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φυλακισμένοι μπορούν να διαχωριστούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες.

Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που παρουσιάζουν μια από τις γνωστές ψυχικές ασθένειες. Ορισμένες στατιστικές δείχνουν ότι οι ψυχωτικές ασθένειες επηρεάζουν 14% των γυναικών και 7% των ανδρών που βρίσκονται στη φυλακή. Αντίθετα οι ίδιες ασθένειες επηρεάζουν συνολικά μόνο 0,5% στο γενικό πληθυσμό. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τα άτομα που δεν έχουν μια από τις γνωστές ψυχικές ασθένειες. Όμως ψυχικά υποφέρουν λόγω των σκέψεων, των αισθημάτων και των εμπειριών τους μέσα στις φυλακές (Nurse και συν., 2003).

Στην Αγγλία έγινε έρευνα από Βρετανούς γιατρούς, προκειμένου να εξετάσουν τις επιδράσεις που έχει στους φυλακισμένους και στο προσωπικό, το περιβάλλον της φυλακής. Στην έρευνα αυτή έγιναν ομάδες συζήτησης και συμμετείχαν 31 φυλακισμένοι (18 άνδρες και 13 γυναίκες) και 21 άτομα του προσωπικού των φυλακών (15 άνδρες, 6 γυναίκες). «Οι φυλακισμένοι ανέφεραν ότι τα μεγάλα χρονικά διαστήματα απομόνωσης με λίγους πνευματικούς ερεθισμούς, συνέβαλλαν σε φτωχή ψυχική υγεία και δημιουργούσαν έντονα αισθήματα θυμού, απογοήτευσης και άγχους. Δήλωσαν ότι έκαναν κατάχρηση φαρμάκων για να ανακουφιστούν από τις πολλές ώρες μονοτονίας και απραγίας. Φάνηκε επίσης ότι οι κακής ποιότητας σχέσεις μεταξύ του προσωπικού των φυλακών και των φυλακισμένων αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το επίπεδο στρες που υπάρχει στους φυλακισμένους και στο προσωπικό» (Medlook, 2008).

Οι εγκλειστοί έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια διαταραχή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας στον πληθυσμό των κρατουμένων αποτελεί κοινό εύρημα σε όλες τις σχετικές έρευνες. Διαταραχές της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη, ψυχωσική συμπτωματολογία, διαταραχές κατανόησης και μνήμης, διαταραχές του ύπνου, ψυχοσωματικές διαταραχές, συναισθήματα μοναξιάς, απαισιοδοξία, νευρική και άγχος εμφανίζονται μεταξύ των εγκλειστών και μάλιστα σε πολύ υψηλότερο βαθμό σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Θεμελή, 2000, Lindquist & Lindquist, 1997).

Από τον εγκλεισμό του ατόμου προέρχονται στρεσογόνοι παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχοπαθολογία του ατόμου. Σαφώς, ο καθένας επηρεάζεται διαφορετικά από την εμπειρία της κράτησης, κάποιοι προσαρμόζονται χωρίς καμιά δυσκολία ενώ άλλοι έχουν περισσότερες επιπτώσεις (Griffith & Steptoe, 2000). Ο

πληθυσμός των τροφίμων των σωφρονιστικών ιδρυμάτων ανήκει στις ευάλωτες ομάδες για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών, αφού, στο σύνολό του σχεδόν, χαρακτηρίζεται από μια σειρά ψυχο-κοινωνικών παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό (Lindquist & Lindquist, 1997). Τέτοιοι παράγοντες, είναι η χαμηλή μόρφωση, τα άτομα που προέρχονται από μειονοτικές ομάδες η ηλικία και γενικότερα οι άσχημες επήρειες και το φύλλο (Μάνος, 1988).

Ακόμη, εάν το άτομο έχει εμπειρία προηγούμενης κράτησης αυτή συμβάλλει στην ευκολότερη προσαρμογή στο περιβάλλον των φυλακών, αφού ήδη του είναι γνωστός ο τρόπος λειτουργίας του ιδρύματος. Έτσι, αντεπεξέρχεται πιο αποτελεσματικά στις συνθήκες του εγκλεισμού και βιώνει λιγότερα προβλήματα, σε σύγκριση με τους έγκλειστους που δεν έχουν ανάλογη εμπειρία (Irwin, 1981). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Andersen και συν. (2000), οι κρατούμενοι με μακρά εμπειρία εγκλεισμού αντιμετωπίζουν μικρότερο κίνδυνο σχετικά με την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια έκτισης της ποινής τους.

Συχνά, ο τρόπος με τον οποίο είναι διαμορφωμένα τα διάφορα ιδρύματα, επηρεάζει πολύ το άτομο. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι πολλές φορές έγκλειστοι που κατηγορούνται για τα αδικήματα για τα οποία φυλακίζονται δεν παραπέμπονται σε ψυχιατρεία αλλά σε φυλακές

## **2.2. Ψυχικές διαταραχές στο χώρο των φυλακών**

### **2.2.1. Κατάχρηση αλκοόλ**

Το αλκοόλ είναι ένα ποτό που αποτελείται από αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη. Το αλκοόλ είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη ψυχοδραστική ουσία η οποία χρησιμοποιείται κυρίως για να προκαλέσει ευχαρίστηση. Η αύξηση της χρήσης του και η χρησιμοποίησή του για πρόκληση ευφορίας οδηγεί συχνά σε καταστάσεις που



εγκυμονούν κινδύνους για το ίδιο το άτομο αλλά και το κοινωνικό σύνολο (Ποταμιάνος, 1990)

Εξαιτίας της αύξησης της χρήσης του αλκοόλ, καθώς και της ποσότητας κατανάλωσης, δημιουργείται το πρόβλημα του αλκοολισμού και της εξάρτησης από αυτό. Με τον όρο «αλκοολισμός» δεν εννοούμε μόνο την κατάχρηση μεγάλων ποσοτήτων αλλά και την ανάγκη να αυξάνει αυτή η ποσότητα, καθώς και την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης κατά τη διακοπή του από τα άτομα που το καταναλώνουν, με συνέπεια να έχουν μειωμένη ικανότητα απόδοσης σε πολλές δραστηριότητες της ζωής.

Ο όρος «αλκοολισμός» αναφέρεται για πρώτη φορά από τον Ολλανδό γιατρό Μάγκνουμ Χους στα τέλη της δεκαετίας του 1840, που περιγράφει έτσι τη χρόνια χρήση του αλκοόλ σε μεγάλες ποσότητες. Περιγράφεται για πρώτη φορά, όχι μόνο το άτομο που πίνει σε υπερβολικό βαθμό, αλλά και τα προβλήματα που δημιουργεί αυτή η υπερκατανάλωση. Επίσης, για πρώτη φορά, εξετάζεται ο αλκοολισμός ως ιατρικό φαινόμενο και όχι ως ηθική αδυναμία χαρακτήρα του ατόμου, για να καταλήξει το 1955 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας να χαρακτηρίσει τον αλκοολισμό ως ασθένεια (Ποταμιάνος, 1990).

Ο αλκοολισμός επηρεάζει σημαντικά όχι μόνο τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων, για την καταγραφή των αιτιών του οποίου και την ομαδοποίηση των παραγόντων που οδηγούν στην κατάχρηση του αλκοόλ, ευθύνονται: ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, βιολογικοί-γενετικοί παράγοντες (Ποταμιάνος, 1987).

Κατά την μεταπολεμική περίοδο η Ευρώπη γνώρισε μια αύξηση κατανάλωσης του αλκοόλ η οποία συνεχίστηκε ως τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Από τότε κάποιες χώρες πέρασαν στη φάση της Ευρωπαϊκής Ένωση η μέση τιμή κατανάλωσης καθαρού αλκοόλ να μειωθεί κατά 18% μεταξύ 1980 και 1993.

Σε παγκόσμιο επίπεδο όμως, η Ευρώπη έχει το υψηλότερο ποσοστό κατανάλωσης με 9,3 lit. Ακολουθούν οι Η.Π.Α, με 6,6 η Ιαπωνία με 6,6 ο Καναδάς με 6,1 αιθυλικής αλκοόλης ανά άτομο.(Τσαρούχας, 2000)

Στην Ανατολική Ευρώπη έχουμε πολύ υψηλά ποσοστά κατανάλωσης. Οι 19 πρώτες χώρες στην κατανάλωση είναι ευρωπαϊκές. Στην Γερμανία 2,5 εκατ. άνθρωποι είναι εξαρτημένοι, 6,5 εκατ. έχουν πρόβλημα με τη χρήση του αλκοόλ, ενώ έχουν καταγραφεί 40.000 θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ. Στην Αγγλία 1 στους 25 είναι εξαρτημένος, 1,4 εκατ. άνδρες και 500 χιλιάδες γυναίκες έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ, ενώ έχουν καταγραφεί 33.000 θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ. Στη Σουηδία 300.000 έχουν πρόβλημα με το αλκοόλ, ενώ 10% των ανδρών και 3-6 % των γυναικών πίνουν περισσότερο από το συνηθισμένο. (Τσαρούχας, 2000).

Σε ότι αφορά τις φυλακές, έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγάλο ποσοστό αλκοολισμού. Για παράδειγμα, οι Chandler et al (2009) αναφέρονται στο γεγονός ότι ο χώρος των φυλακών είναι ένας χώρος που οι άνθρωποι έρχονται στα όρια τους. Το γεγονός αυτό συχνά τους ωθεί σε καταχρήσεις αλκοόλ. Η έρευνα αναφέρει ότι ως και το 60% των φυλακισμένων θα παρουσιάσει τάσεις αλκοολισμού. Σε πολλές περιπτώσεις πολλοί φυλακισμένοι είναι ήδη αλκοολικοί προτού μπουν φυλακή και η είσοδος τους στην φυλακή απλώς κάνει την κατάσταση χειρότερη.

Σε άλλη έρευνα, οι Johnson et al (2013) αναφέρουν ότι υπάρχει έλλειψη ενός σχεδίου αντιμετώπισης των παραγόντων που οδηγούν στον αλκοολισμό μέσα στις φυλακές αλλά και σε ένα εξειδικευμένο σχέδιο ώστε να διαχειριστούν την περίπτωση εξόδου από τις φυλακές. Μάλιστα αναφέρουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που φυλακίζονται και γίνονται αλκοολικοί μέσα στις φυλακές, θα συνεχίσουν να είναι αλκοολικοί και μετά την έξοδο τους από τις φυλακές. Πέρα από αυτά, η έρευνα των Johnson et al (2013) αναφέρει ότι οι καταχρήσεις αλκοόλ στις φυλακές δείχνουν ότι οι κρατούμενοι πάσχουν από κατάθλιψη και το αλκοόλ είναι μια λύση για αυτούς. Βέβαια μπορεί να απαγορεύεται σε πολλές φυλακές, όμως είναι εύκολο να βρεθεί ακόμα και στις πιο αυστηρές φυλακές. Οπότε το φαινόμενο του αλκοολισμού είναι κάτι που το συναντά κάποιος πολύ συχνά στον χώρο των φυλακών.

## 2.2.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια γενική έννοια για τη κατάσταση όπου το άτομο φέρεται να έχει χάσει σε μεγάλο βαθμό την αυτοπεποίθησή του αλλά και παρουσιάζεται και μια σειρά άλλων συμπτωμάτων. Γενικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη δεν έχει κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα αλλά αντιθέτως μπορεί να εντοπιστεί μέσα από μια σειρά συμπτωμάτων. Γενικότερα, η κατάθλιψη σύμφωνα με το DSM-IV-TR ορίζεται ως μια ψυχική διαταραχή που συνοδεύεται από συμπτώματα όπως:

- Καταθλιπτική διάθεση :υποκειμενικό αίσθημα λύπης ,αισθήματα μελαγχολίας ή σκυθρωπότητας για μεγάλο χρονικό διάστημα
- Ανηδονία :ανικανότητα απόλαυσης .
- Κοινωνική απόσυρση
- Απουσία κινήτρου ,μικρή ανοχή ματαίωσης
- Νευροφυτικά σημεία
  - (1) Απώλεια της libido
  - (2) Απώλεια βάρους και ανορεξία
  - (3) Αύξηση βάρους και υπερφαγία
  - (4) Χαμηλό επίπεδο ενέργειας ´
  - (5) Ανωμαλίες του έμμηνου κύκλου
  - (6) Πρώιμη πρωινή αφύπνιση (τελική αϋπνία ),το 75% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών εμφανίζει δυσκολίες ύπνου ,είτε αϋπνία είτε υπερυπνία
  - (7) Ημερήσια διακύμανση (τα συμπτώματα είναι χειρότερα το πρωί )

Θα πρέπει όμως να αναφέρουμε ότι σε περιπτώσεις μείζονος κατάθλιψης, τότε δεν επηρεάζεται μόνο το άτομο αλλά και όλη η οικογένειά του καθώς και το γύρω περιβάλλον του. Μάλιστα έρευνες δείχνουν ότι στην Αμερική το 3,4% των ανθρώπων που έχουν μείζονα κατάθλιψη θα φτάσουν στην αυτοκτονία (Barlow, 2005)

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα έντονη σε περιπτώσεις σημαντικών ασθενειών, όπως είναι ο καρκίνος όπου έχουν πραγματοποιηθεί και πολλές έρευνες αλλά και σε περιπτώσεις δύσκολων κοινωνικών και οικονομικών καταστάσεων. Ο ακριβής υπολογισμός της επίπτωσης των ψυχικών νόσων στους πάσχοντες από σοβαρές ασθένειες είναι δύσκολος, λόγω της χρησιμοποίησης, διαφορετικών διαγνωστικών με μεθόδων και μεταβλητών που τις επηρεάζουν. Αυτές περιλαμβάνουν: τον τύπο της αρώστιας, τον ακριβή ορισμό που χρησιμοποιείται από τους ερευνητές, το στάδιο της νόσου, την ηλικία το φύλο, το χρόνο από τη διάγνωση, τον ανεπαρκή έλεγχο του πόνου ( την κοινωνικο-οικονομική τάξη και τη νοσηλεία στο νοσοκομείο (Barraclough 1994).

Η ψυχική νοσηρότητα επηρεάζεται επίσης και από τη μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη διάγνωση. Οι Starck et al. (2002) σε μελέτη τους βρήκαν ότι το 48% των ατόμων με κατάθλιψη είχαν αγχώδεις διαταραχές, όταν εξετάστηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίου. Όταν εξετάστηκαν με τη μέθοδο της συνέντευξης το ποσοστό των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια για κάποια αγχώδη διαταραχή, έπεσε στο 18%. Οι Derogatis et al. (1983) σε πολυκεντρική τους μελέτη, υποστηρίζουν ότι πάνω από το ένα τρίτο, των ασθενών με διάφορους τύπους καρκίνου, πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για Διαταραχή της Προσαρμογής με Καταθλιπτική Διάθεση ή Άγχος, και ένα επιπλέον 7% διαγνώστηκε με Μείζονα Κατάθλιψη. Οι ανασκοπήσεις καταλήγουν ότι ένα ποσοστό 20-25% των καρκινοπαθών πάσχουν από κατάθλιψη, το οποίο αυξάνεται σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο, αναπηρία και υψηλά επίπεδα πόνου. Σημαντικά συμπτώματα άγχους ανευρίσκονται σε ποσοστά μεταξύ 25-48% των καρκινοπαθών, ενώ ποσοστό 2-14% ασθενών με προχωρημένη νόσο πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της Αγχώδους Διαταραχής. Οι Αγχώδεις Διαταραχές του τύπου της Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες συναντώνται στο 20-80%, ανάλογα τη μεθοδολογία της έρευνας. Οι Διαταραχές της Προσαρμογής κυμαίνονται σε ποσοστά μεταξύ 25-30%. Ενθαρρυντικό είναι το εύρημα μιας μετα-ανάλυσης 58 μελετών, που επισημαίνει ότι η επίπτωση της κατάθλιψης μεταξύ ασθενών με χρόνιες παθήσεις έχει μειωθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες (van't Spijker et al. 1997). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα των βελτιώσεων που έχουν σημειωθεί στους τομείς της θεραπείας των χρόνιων παθήσεων, των κλινικών αποτελεσμάτων και της κοινωνικής υποστήριξης (Spiegel 2001).

Σε ότι αφορά τις φυλακές, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σε μεγάλο βαθμό η κατάθλιψη είναι η κύρια ψυχολογική νόσος που εμφανίζεται ανάμεσα στους φυλακισμένους. Ο λόγος είναι ότι βρίσκονται ξαφνικά μακριά από το σπίτι και την οικογένεια τους αλλά και το κλίμα στις φυλακές που συχνά είναι ιδιαίτερα αρνητικό. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στις φυλακές υπάρχουν πολλά φαινόμενα bullying καθώς και περιστατικά που μειώνουν την αυτοπεποίθηση του φυλακισμένου. Πέρα από αυτά, δεν πρέπει να ξεχνάμε και το κοινωνικό στίγμα του φυλακισμένου. Σε μια ιδιαίτερη περίπτωση οι Brooker et al (2008) αναφέρονται στο γεγονός ότι μεγάλος αριθμός φυλακισμένων παραμένουν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Αυτοί είναι φυλακισμένοι που κρατούνται για μικρο-παραβάσεις όπως χρέη κλπ. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις είναι απλοί πολίτες που μπήκαν στην φυλακή λόγω ενός ατυχήσστατου γεγονότος. Σε αυτή τη περίπτωση η αλλαγή περιβάλλοντος αλλά και το αίσθημα της αδικίας, που οδηγεί στην κατάθλιψη. Συγχρόνως αυτοί οι άνθρωποι θα πρέπει να συμβιώσουν με ανθρώπους του κοινού ποινικού δικαίου που σίγουρα δεν είναι μια καθόλου καλή εμπειρία και οδηγεί τους ανθρώπους αυτούς στην απομόνωση και αργότερα στην κατάθλιψη.

Οι Brugha et al (2005) αναφέρονται στο γεγονός ότι μεγάλο μέρος των φυλακισμένων, κυρίως των βαρυποινιτών, φέρουν ήδη κάποια μορφή ψυχολογικών προβλημάτων πριν ακόμα μπουν στην φυλακή. Για παράδειγμα, πολλοί έχουν μανιοκατάθλιψη ή έχουν ένα βιαίο χαρακτήρα. Το αποτέλεσμα είναι να μεταφέρουν τον βιαίο χαρακτήρα τους εντός της φυλακής και να επηρεάζουν το σύνολο των φυλακισμένων, δημιουργώντας φαινόμενα που η κακή ψυχολογική κατάσταση μεταδίδεται μεταξύ των φυλακισμένων. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ένα ιδιαίτερο σημείο είναι η έλλειψη παρακολούθησης των φυλακισμένων που οδηγεί στο να υπάρχουν φυλακισμένοι που λειτουργούν ανεξέλεγκτοι και αυτό δημιουργεί συχνά αρνητικά κρούσματα, ιδιαίτερα προς «διαφορετικούς» φυλακισμένους όπως είναι οι μειονότητες αλλά και άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιες ιδιαίτερες αδυναμίες. Αυτή η βία, έχει ως αποτέλεσμα να απομονώνονται τα θύματα και να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

### 2.2.3 Διαταραχές άγχους

Οι Α.Δ. χαρακτηρίζονται από πρώιμη έναρξη, ποικίλη βαρύτητα, μεγάλο συναισθηματικό και οικονομικό κόστος και πολλαπλούς παράγοντες αιτιογένεσης (Bruce 2005, Marks 1970). Το άγχος και η κατάθλιψη, αν και έχουν μικρότερο λειτουργικό κόστος για τον ασθενή συγκριτικά με τις ψυχώσεις (Kendrick 1999), είναι συχνές (Sartorius et al. 1993), συνδέονται με σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας (Wells et al. 1989) και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Katon et al. 1990). Η έκπτωση λειτουργικότητας στους ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές είχε αρχικά υποτιμηθεί, καθώς νεώτερα δεδομένα δείχνουν ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε μείωση της σωματικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα γενικότερες αρνητικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών (Ormel et al. 1994, Weissman et al. 1990).

Οι φοβίες συνδέονται με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας (Warwick & Marks 1988). Η μείωση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας στις Α.Δ είναι, σε πολλές περιπτώσεις, ισοδύναμη ή μεγαλύτερη από αυτή που συναντάται σε χρόνιες ιατρικές αρρώστιες (Rapaport, Clary, Fayyad & Endicott 2005). Σε σχετική έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) σε 15 χώρες εμφανίζεται ότι οι ψυχικές διαταραχές είχαν ως αποτέλεσμα την πρόκληση σοβαρής αναπηρίας στη λειτουργικότητα του ατόμου (Sartorius et al. 1993).

Η διερεύνηση της επίπτωσης στις Α.Δ, παρά τον αυξανόμενο αριθμό μελετών, βρίσκεται ακόμα σε αρχικό στάδιο. Οι μέχρι τώρα μελέτες παρουσιάζουν καθολικά τις ασθένειες αυτές να υποβαθμίζουν την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής των ασθενών σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας (Mendlowicz & Stein 2000). Οι επιπτώσεις αφορούν κυρίως στον κοινωνικό τομέα, στη λειτουργικότητα των ρόλων και την ψυχική υγεία και την αύξηση των ημερών ανικανότητας προς εργασία. Οι πάσχοντες πλήττονται επιπλέον από ανεργία και ως εκ τούτου οδηγούνται σε οικονομική εξάρτηση. Συγκεκριμένα, ενώ το ποσοστό ανεργίας για έναν άνδρα χωρίς ψυχιατρική διαταραχή φτάνει το 20%, στους άνδρες με φοβίες γενικά ανέρχεται στο 36%, στους ασθενείς με Ι.Ψ.Α.Δ. στο 45% και με Δ.Π. εκτινάσσεται στο 60%. Οι Α.Δ. επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την

ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των πασχόντων, ακόμα και σε ήπιες μορφές (Mendlowicz & Stein 2000).

Βασική πηγή άντλησης ερευνητικών δεδομένων είναι οι επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες δεν είναι ωστόσο ειδικά σχεδιασμένες για τη μελέτη των συσχετίσεων των διαταραχών με την ποιότητα ζωής, αλλά παρέχουν δείκτες που οδηγούν σε σχετικά συμπεράσματα (Regier et al. 1988). Αυτά επιτρέπουν καλύτερη σύγκριση μεταξύ πληθυσμών και ασθενειών. Η δεύτερη πηγή είναι οι κλινικές μελέτες με ειδικά σχεδιασμένα εργαλεία μέτρησης, που μπορεί να είναι γενικά, να μετρούν δηλαδή πολλές διαστάσεις της ποιότητας ζωής ή ειδικά, που μετρούν διαστάσεις ειδικού ενδιαφέροντος.

Αυτά μπορούν να είναι εξειδικευμένα σε μια διαταραχή, σε έναν πληθυσμό ή σε ένα πρόβλημα (Guyatt et al. 1993). Παρόλα αυτά τα δεδομένα μπορούν να προέλθουν και από ημερολόγια των ασθενών ή τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, που αποτελούν την επιλογή με τη μεγαλύτερη σχέση κόστους αποτελέσματος (Aronson 1989).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαγνωστική αξιολόγηση και στο θεραπευτικό σχεδιασμό των διαταραχών της διάθεσης και του άγχους (Raparport, Clary, Fayyad & Endicott 2005). Στην κλινική έρευνα χρησιμοποιούνται ευρέως, για την άμεση αξιολόγηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, αυτοχορηγούμενες κλίμακες. Μπορεί να διαφέρουν στο εύρος και την ποικιλία των διαστάσεων που καλύπτουν, στον αριθμό των παραγόντων κάθε διάστασης και τον βαθμό της λειτουργικότητας (Weissman et al. 2001). Η μέτρηση της λειτουργικότητας εστιάζει στην αντικειμενική, μετρήσιμη έκπτωση, ενώ η μέτρηση της ποιότητας ζωής εξετάζει την ικανοποίηση από την ζωή που σχετίζεται με διάφορες δραστηριότητες. Οι μεταβολές στη μέτρηση της λειτουργικότητας, μετά από τη θεραπεία, αποτελούν πιθανώς, μεταξύ άλλων, ένδειξη της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Οι απαιτήσεις των μετρήσεων για την ποιότητα ζωής, που ενσωματώνονται σε κλινικές μελέτες αποτελεσματικότητας των θεραπειών, αποτελούν μια ειδική περίπτωση με ειδικές απαιτήσεις (Mendlowicz & Stein 2000). Το σημαντικότερο είναι να γνωρίζουμε ότι το χρησιμοποιούμενο εργαλείο είναι ικανό να μετρήσει τις μεταβολές στη μετρούμενη διάσταση σε άτομα ή ομάδες, στις οποίες εφαρμόζεται μια περιγεγραμμένη θεραπεία. Αυτό αποκαλείται

ευαισθησία στην αλλαγή και για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις πρέπει να έχει πολύ καλή αξιοπιστία.

Δεύτερο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η δυνατότητα να ερμηνεύει κανείς τις αλλαγές που αποτυπώνει το εργαλείο, με όρους που αντιστοιχούν στην κλινική εικόνα του ασθενούς. Οι Οικονόμου και συν. (2001) επισημαίνουν, μεταξύ άλλων, ότι υπάρχει ανάγκη απλοποίησης των οργάνων μέτρησης της ποιότητας ζωής, ώστε να χρησιμοποιούνται από κλινικούς, ανάπτυξης κοινά παραδεκτών εργαλείων και η ενσωμάτωση των εργαλείων αυτών σε αξιολογικά όργανα που χρησιμοποιούνται στην υγεία.

Σχετικά με την φυλακή, η ζωή εντός της φυλακής δημιουργεί προβλήματα. Το γεγονός ότι το άτομο θα εκτεθεί σε καταστάσεις όπως διαταραχές λόγω κατάθλιψης ή θα έχει να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι θα χάσει την ατομική του ελευθερία, σημαίνει και ότι θα έχει προβλήματα ως προς την σχέση του με τους άλλους συγκρατούμενους. Όπως αναφέρουν έρευνες που έγιναν, για παράδειγμα, σε κρατούμενους πολέμου Ισραηλινούς, η κράτηση είναι μια εμπειρία που δημιουργεί ιδιαίτερα αγχωτικές καταστάσεις. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι κρατούμενοι βιώνουν μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση και το γεγονός ότι επιθυμούν διακαώς να ελευθερωθούν δημιουργεί από μόνο του μια αγχώδη κατάσταση. Σε ανάλογη εργασία που έγινε στην Τουρκία, οι Unver et al (2013) γράφουν ότι η ζωή στις φυλακές είναι γενικά δύσκολη και δημιουργεί μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση όπου επικρατεί η κατάθλιψη, η βία και το στρες. Ο συνθήκες αυτές διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με την πραγματικότητα. Το αποτέλεσμα είναι ότι σε μεγάλο βαθμό οι κρατούμενοι οδηγούνται σε κρούσματα αγχωδών καταστάσεων με αποτέλεσμα να έχουν αντικοινωνικές και βίαιες συμπεριφορές ως αποτέλεσμα των διαταραχών αυτών.

Τέλος σε ακόμη μια έρευνα που αναφέρει ο Favarino (1988) η οποία έγινε σε 256 φυλακισμένους στην Αμερική η απομόνωση και η έλλειψη δραστηριοτήτων καθώς και οι συνθήκες κράτησης τους οδηγούν στην κατάθλιψη.



### 2.2.3.1 Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

Ο Klein (1980) αναφέρει ότι η Αγοραφοβία (ΑΓ.) αποτελεί χρονική επέκταση της Δ.Π.. Στους αγοραφοβικούς ασθενείς που βιώνουν κρίσεις πανικού, αυτές εκδηλώνονται ταυτόχρονα ή προηγούνται της αγοραφοβίας. Άλλωστε δεν βρέθηκαν διαφορές στις κλινικές εικόνες των δυο ομάδων ασθενών. Τα δεδομένα μελετών συγκλίνουν στο ότι η ΑΓ. δεν πρέπει να είναι ένα διαφορετικό σύνδρομο, καθώς είναι πιο χρήσιμο να ανήκει σε ένα σύνδρομο με την Δ.Π., η οποία θα είναι η βασική διαταραχή και η αγοραφοβία το δευτερεύον φαινόμενο. Το αγοραφοβικό σύνδρομο (Δ.Π. με ΑΓ.) είναι η συχνότερη Δ.Α., καθώς αντιπροσωπεύει το 60% όλων των φοβικών διαταραχών (Κασβίκης, Σκαλούμπακα & Μυτσκίδου 2003). Η ΑΓ. χωρίς Δ.Π. είναι μάλλον σπάνια.

Πολλοί ερευνητές αναφέρουν ότι οι ασθενείς με Δ.Π. ή/και ΑΓ. παρουσιάζουν, σε σχέση με μάρτυρες, έναν σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό από ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής (life events) (Lteif & Mavissakalian 1995).

Η Διαταραχή Πανικού (Δ.Π.) εμφανίζεται ως ξεχωριστό κλινικό σύνδρομο στο DSM IV (American Psychiatric Association 1994). Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού που συνοδεύονται με ένα μήνα επίμονης ανησυχίας για την επανεμφάνιση μιας κρίσης πανικού. Τα συμπτώματα συνδέονται με το φόβο ύπαρξης μιας σοβαρής ασθένειας, κυρίως καρδιακής πάθησης ή με το φόβο απώλειας ελέγχου. Εμφανίζεται στο 3,5-5,3 του γενικού πληθυσμού και η έναρξη κυμαίνεται ανάμεσα στα 20 με 40 έτη (Kessler et al. 1994). Πολλοί άνθρωποι με Δ.Π. θα αναπτύξουν ΑΓ. (Bouton, Mineka & Barlow 2001). Κρίσεις πανικού μπορούν επίσης να εμφανίζονται στα πλαίσια άλλων Δ.Α. Πολλοί άνθρωποι εκδηλώνουν στη ζωή τους κάποια κρίση πανικού, απροσδόκητα ή μετά από κάποιο ερέθισμα ή κατάσταση, χωρίς αυτό να οδηγεί στην εκδήλωση της ασθένειας. Ακόμα και ασθενείς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για να λάβουν διάγνωση Δ.Π., λόγω των μειωμένων κρίσεων πανικού ή συμπτωμάτων, εμφανίζουν σημαντική έκπτωση στην πρόσληψη της σωματικής και συναισθηματικής υγείας, όπως επίσης στην επαγγελματική λειτουργικότητα και την οικονομική ανεξαρτησία. Επειδή η δια βίου επικράτηση των κρίσεων άγχους (δηλαδή όταν τα συμπτώματα

είναι λιγότερα από τέσσερα που απαιτεί το DSM-IV για τη διάγνωση Διαταραχής Πανικού) είναι διπλάσια από της Δ.Π., γίνεται φανερό ότι υπάρχει ένας μεγαλύτερος πληθυσμός από αυτόν που αναφέρεται συνήθως, που συνδέεται με την πιθανότητα της λειτουργικής έκπτωσης στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα (Katon et al. 1995). Οι συγκεκριμένοι ασθενείς είναι πιθανό να παρουσιάσουν επίσης μείωση κοινωνικής λειτουργικότητας, ανικανότητα προς εργασία, δυσκολίες στη συνεργασιμότητα, και ήπια ή και σοβαρά σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα. Το 27% των ασθενών λάμβαναν επιδόματα για κάποιας μορφής αναπηρία, ποσοστό υψηλότερο από αυτό που βρέθηκε σε ασθενείς με Μ.Κ.Δ. (Markovitz et al. 1989).

Τέλος οι ασθενείς με κρίσεις πανικού συχνά υποβάλλονται σε πολλές και δαπανηρές εξετάσεις για να αποκλείσουν σωματικές ασθένειες και επίσης καταναλώνουν αυτοβούλως πολλά φάρμακα (Katon 1996).

Οι Jacobs et al. (1997) σύγκριναν θεραπεία με κλοναζεπάμη και placebo, με σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα όσων έλαβαν κλοναζεπάμη. Οι ασθενείς αυτοί ανέφεραν σημαντική βελτίωση στο άγχος και τις αποφυγές τους.

Η Αγοραφοβία (ΑΓ.) εμφανίζεται τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες και η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 28 χρόνια. Βασικό χαρακτηριστικό της είναι ο φόβος εγκλωβισμού του ασθενούς, με συνέπεια να μην μπορεί διαφύγει από ανοικτούς, κλειστούς ή πολυσύχναστους χώρους. Η ΑΓ. μπορεί να συνοδεύεται από κρίσεις πανικού (Δ.Π. με ΑΓ.) ή όχι (ΑΓ. χωρίς Ιστορικό Δ.Π.). Ωστόσο αναφέρονται συχνά κρίσεις πανικού κατά την έναρξη της νόσου. Σε 1000 ασθενείς, το 70% ανέφερε εκλυτικό γεγονός. Ωστόσο ο Κασβίκης (1992) σημειώνει ότι η αναφορά αυτή μπορεί να μην είναι αξιόπιστη, λόγω της εκλεκτικής μνήμης. Οι αγοραφοβικές αποφυγές μειώνουν την ικανότητα των ασθενών για εργασία, καθώς δεν μπορούν να ταξιδεύουν και να εκτελούν εξωτερικές εργασίες για το νοικοκυριό. Επίσης οι ασθενείς με ΑΓ. μπορεί να είναι κουραστικοί για το κοινωνικό περιβάλλον τους. Οι Monteiro, Marx & Ram (1985) αναφέρουν ότι στη θεραπεία πρέπει να συμπεριλαμβάνονται και οι σύντροφοι των ασθενών με ΑΓ.. Άλλωστε οι ασθενείς θεωρούν βοηθητικές τις συμπεριφορές των συντρόφων που οι θεραπευτές θεωρούν προβληματικές (πχ. η προτροπή για αποφυγές).

Μετά τη θεραπεία η σχέση παραμένει στάσιμη ή βελτιώνεται και υπόκειται σε άλλους παράγοντες εκτός της θεραπείας. Οι Mavissakalian et al. (1998) χορήγησαν Ιμιπραμίνη σε 110 ασθενείς, για 24 εβδομάδες. Μετά τη 16η εβδομάδα, όσοι ολοκλήρωσαν τη θεραπεία, εμφάνισαν σημαντική βελτίωση μεταξύ άλλων στην κοινωνική λειτουργικότητα.

### 2.2.3.2. Μετατραυματικό στρες (PTSD)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μία από τις παθήσεις που ανήκει στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών και επηρεάζει περίπου 1 στα 10 άτομα. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες προκαλείται από ένα ψυχολογικά τραυματικό γεγονός, που περιλαμβάνει είτε ένα πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο είτε ένα τραυματισμό του πάσχοντος ή οικείων του.

Η PTSD έχει υποστεί αρκετές αναθεωρήσεις και βελτιώσεις βάσει κλινικής πρακτικής, έρευνας και παρατήρησης. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία το μετατραυματικό άγχος ορίζεται ως "μια ψυχολογική αντίδραση που εμφανίζεται ύστερα από βίωση γεγονότων μεγάλου άγχους που συνήθως χαρακτηρίζεται από κατάθλιψη, φοβία, αγωνία, αναδρομές, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες και αποφυγή υπενθυμίσεων του συμβάντος" (Hacker, 2007) καθώς και διασπαστικές διαταραχές, διατροφικές διαταραχές, και κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών.

Ο ορισμός αυτός, όπως και πολλοί άλλοι παρόμοιοι, δεν περιλαμβάνουν επακριβώς τα τρία καθοριστικά χαρακτηριστικά που αναφέρονται ρητά στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των Mental Disorders-IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) που διαχωρίζουν τη διάγνωση του PTSD από άλλες:

1. Συναισθηματική αποφυγή, αγωνία και κατάθλιψη.
2. Συμπτώματα υπερδιέγερσης όπως οξυθυμία, αδυναμία συγκέντρωσης, υπερ-αϋπνία και αυξημένη φοβική ανταπόκριση.
3. Αναβίωση του τραύματος μέσω διαστάσεων, αναδρομών και εφιαλτών.

Επίσης, το DSM-IV σημειώνει την διάρκεια των συμπτωμάτων και την ένταση του

στρεσογόνου παράγοντα για την δημιουργία μετατραυματικού άγχους. Δυναμικά τραυματικά συμβάντα που είναι ικανά να εισάγουν την αίσθηση του "έντονου φόβου, αισθήματος ανικανότητας ή τρόμου" περιλαμβάνονται στο DSM-IV, αλλά δεν περιορίζονται μόνο σε βιασμούς, στρατιωτικές μάχες, βασανιστήρια, σωματική κακοποίηση, σοβαρά τροχαία ατυχήματα, διάγνωση ανίατης ασθένειας, πράξεις τρομοκρατίας και παιδική κακοποίηση. Ως εκ τούτου, ασθενείς που παρουσιάζουν την τριάδα συμπτωμάτων σε απάντηση ήπιας μορφής άγχους όπως διαζύγιο ή απώλεια εργασίας, έχουν διαγνωσθεί με διαταραχή προσαρμογής, ενώ ασθενείς που αναπτύσσουν αυτά τα συμπτώματα απαντώντας σε μία από τις προαναφερόμενες τραυματικές εκδηλώσεις, αλλά έχουν συμπτώματα για λιγότερο από 1 μήνα έχουν διαγνωσθεί με οξεία αγχώδη διαταραχή. Επιπλέον, η διάγνωση της PTSD μπορεί να περαιτέρω να ταξινομηθεί ως οξεία με συμπτώματα που διαρκούν από 1 έως 6 μήνες, χρόνια με συμπτώματα που εμμένουν πέραν των 6 μηνών ή καθυστερημένη, με συμπτώματα που αναπτύσσονται τουλάχιστον 6 μήνες .μετά από έκθεση σε τραυματική εμπειρία.

Το μετατραυματικό στρες εμφανίζεται συχνά και στους κρατούμενους .Όπως αναφέρουν οι Brugha et al (2005) είναι συχνό φαινόμενο στις φυλακές οι τρόφιμοι να δέχονται απειλές ή και να υποστούν τραυματικές εμπειρίες Πέρα από αυτά, και μόνο το γεγονός ότι έχουν μπει φυλακή αποτελεί από μόνη της μια τραυματική εμπειρία που οδηγεί σε Μετατραυματικό Στρες. Οι ασθενείς με κατάθλιψη μετά από Μετατραυματικό Στρες συχνά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους, αϋπνίες, συχνά επεισόδια πανικού, συνοδό κατάθλιψη, υπερβολικό φόβο σχετικά με τις οδηγίες των ιατρών και αποφυγή των ιατρικών πράξεων που τους ξυπνούν τραυματικές αναμνήσεις. Παράγοντες κινδύνου της διαταραχής αποτελούν το ιστορικό τραυματικής εμπειρίας (όπως φυσική ή σεξουαλική κατάχρηση), αρνητικές σχέσεις με ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό, και φτωχή κοινωνική και διαπροσωπική υποστήριξη ή στην δικιά μας περίπτωση αρνητικές σχέσεις με δεσμοφύλακες.

### 2.2.3.3 Κοινωνική φοβία

Η Κοινωνική Φοβία (Κ.Φ.) είναι μια σχετικά πρόσφατα αναγνωρισμένη διαταραχή (American Psychiatric Association 1980). Χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος και αποφυγή κάποιων κοινωνικών ερεθισμάτων ή καταστάσεων. Είναι η δεύτερη πιο κοινή φοβία και η τρίτη πιο συχνή ψυχική διαταραχή στις ΗΠΑ. Παρατηρείται πιο συχνά στις γυναίκες και έχει πρόιμη έναρξη. Διαχωρίζεται σε γενικευμένη και ειδικού τύπου. Παρουσιάζει υψηλή νοσηρότητα με διαταραχές άγχους και κατάχρηση αλκοόλ (Λιβανού, Κασβίκης & Μπούτου 2006) και γενικά επηρεάζει πρωτίστως την κοινωνική ζωή του ασθενούς. Τα προβλήματα εντοπίζονται στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη μόρφωση, στην καριέρα, και στις οικογενειακές σχέσεις και οφείλονται στην έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητα, κυρίως σε ότι αφορά τη δημιουργία δεσμών και την κοινωνική δικτύωση (Wittchen et al., 2000).

Η Κ.Φ. συνδέεται με την επαγγελματική επίδοση και τη μειωμένη κοινωνική συναναστροφή (Katon 1996), επίσης σχετίζεται αρνητικά με την εκπαίδευση και το εισόδημα και παρουσιάζει υψηλό ποσοστό ατόμων που δεν παντρεύτηκαν ποτέ, δεν εργάστηκαν ή σπούδασαν και μένουν με τους γονείς (Kessler et al. 1994). Οι κοινωνικά φοβικοί παρουσιάζουν τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους σοβαρή μείωση της λειτουργικότητας και παράλληλα έχουν μικρή κοινωνική υποστήριξη από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Magee et al. 1996). Η Κ.Φ. Ειδικών Καταστάσεων, όπως η φοβία δημόσιας ομιλίας είναι λιγότερο επίμονη, με ελαφρότερη μείωση στη λειτουργικότητα και με λιγότερη συνοσηρότητα από αυτήν του Γενικευμένου Τύπου (Kessler, Stein & Berglund 1998).

Η Κ.Φ. συνδέεται άμεσα με τη μείωση της ποιότητας ζωής. Οι Schneier et al. (1994) αναφέρουν ότι οι μισοί ασθενείς του δείγματός τους παρουσίασαν σοβαρή μείωση της λειτουργικότητας, κάποια στιγμή στη ζωή τους λόγω κοινωνικού άγχους και αποφυγών στους τομείς εκπαίδευση, εργασία, οικογένεια, οικογενειακές σχέσεις, γάμος ή προσωπικές σχέσεις, φιλικές σχέσεις και άλλα ενδιαφέροντα. Σε τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη οι Stein et al. (1999) χορήγησαν φλουβοξαμίνη και placebo. Οι πρώτοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη βελτίωση στη λειτουργικότητα στην εργασία, την οικογενειακή ζωή και την ενασχόληση με τις οικιακές εργασίες. Οι

Safren et al. (1997) εξέτασαν τη λειτουργικότητα μετά από Συμπεριφεριακή Γνωστική Ψυχοθεραπεία (ΣΓΨ) και βρήκαν ότι οι θεραπευόμενοι παρουσίασαν σημαντική βελτίωση μετά τη θεραπεία.

Το γεγονός ότι οι φυλακισμένοι είναι για μεγάλο μέρος της ζωής τους αποκομμένοι από την κανονική ζωή έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ζωή τους γενικά και δημιουργεί ιδιαίτερα συμπτώματα φόβου και κοινωνικής φοβίας. Οι Unver et al (2013) αναφέρουν ότι το κοινωνικό στίγμα αλλά και οι συνθήκες που βιώνουν οι φυλακισμένοι που τους οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση.

Πέρα από τις κοινωνικές φοβίες, υπάρχουν και οι Ειδικές Φοβίες (Ε.Φ.) που χαρακτηρίζονται από μόνιμο και παράλογο φόβο ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος ή κατάστασης. Η έκθεση σε φοβογόνο ερέθισμα προκαλεί σταθερά άμεση απάντηση άγχους, και οδηγεί σε μέτρια ή έντονη αποφυγή. Εξ αυτού παρεμποδίζεται και η συνηθισμένη δραστηριότητα του φυλακισμένου, ιδίως όταν σχετίζεται με τη Φοβία του (American Psychiatric Association 1994). Πολλά δεν γνωρίζουμε επίσης και για την ποιότητα ζωής των ασθενών με Ε.Φ. Κοινοτικές και κλινικές μελέτες αναφέρουν σημαντική επίπτωση και προβλήματα στην εκπαίδευση, το επάγγελμα και άλλους τομείς.

Η φύση της φοβίας είναι σημαντική στον καθορισμό του βαθμού και εύρους της έκπτωσης της λειτουργικότητας (Quilty et al. 2003). Υπάρχουν πολλών ειδών Απλές Φοβίες, όπως ζώων, φυσικών φαινομένων, συγκεκριμένων καταστάσεων, αλλού τύπου (κυρίως εμετού, πνιγμού ή νοσοφοβία). Ασθενείς με φοβία πνιγμού, κατά την κατάποση τροφής, καταναλώνουν μόνο ρευστές τροφές και είναι ασύνετο να καταπιούν χάπια. Η συνήθης έναρξη της νόσου τοποθετείται στην πρώιμη παιδική ηλικία ή σηματοδοτείται αργότερα από κάποιο τραυματικό εκλυτικό γεγονός. Οι γυναίκες υπερέχουν συντριπτικά, έναντι των ανδρών. Η Φοβία Αίματος Τραυματισμού (Φ.Α.Τ.) εντάσσεται στις Ε.Φ. και αποτελεί μια υπερευαίσθησία στη θέα του αίματος, του τραυματισμού ή της δυσμορφίας. Οι ασθενείς σε αντίθεση με τους υπόλοιπους φοβικούς σημειώνουν βραδυκαρδία, που μπορεί σε μερικές περιπτώσεις να είναι ακραία και να παίρνει τη μορφή ασυστολίας, και είναι επιρρεπείς σε λιποθυμίες (Marks 1988). Στη μορφή αυτή οι συνέπειες μπορεί να είναι μεγάλης βαρύτητας, καθώς οι άνθρωποι αποφεύγουν να υποβληθούν σε απαραίτητες

οδοντιατρικές ή άλλες ιατρικές επεμβάσεις. Οι γυναίκες υπερέχουν σε ποσοστό 50-70%.

Η σειρά συχνότητας εμφάνισης των Ε.Φ. σε κλινικό περιβάλλον ανά κατηγορία είναι: συγκεκριμένων καταστάσεων, περιβαλλοντικών καταστάσεων, αίματος ή τραυματισμού και ζώων.

Στις φυλακές μπορεί ένα άτομο να μπει σε μια διαδικασία Ε.Φ.. Οι Brugha et al (2005) αναφέρουν το γεγονός ότι οι φυλακισμένοι, ιδίως όσοι έχουν μπει για μικροπαραπτώματα και μπαίνουν για πρώτη φορά στην φυλακή θα βρεθούν σε ένα κόσμο που έχει τις δικές του αξίες και αρχές, που συχνά είναι αντίθετες σε αυτές του ελεύθερου κόσμου και θα δημιουργήσει ειδικές φοβίες. Για παράδειγμα η φοβία του τραυματισμού σε κάποιο καβγά ή της άσκησης οποιαδήποτε μορφής βίας θα δημιουργήσει προβλήματα.

#### 2.2.3.4 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Ι.ΨΑ.Δ.) μέχρι το 1980 εμφανιζόταν να είναι πολύ σπάνια. Βασικά της χαρακτηριστικά είναι οι ιδεοληψίες (επίμονες, επαναλαμβανόμενες, δυστονικές και παρεισφρητικές ιδέες, σκέψεις, εικόνες και φόβοι που προκαλούν άγχος) και οι τελετουργίες ή καταναγκασμοί (επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις που αποσκοπούν στη μείωση του άγχους που προκαλούν οι ιδεοληψίες ή στην πρόληψη ενός επικείμενου κακού). Η συνηθέστερη μορφή είναι η συνύπαρξη και των δυο, ενώ σπανιότερα παρουσιάζονται κατά μόνας.

Παρατηρείται ίση αναλογία ανδρών και γυναικών, αλλά οι άνδρες έχουν πρόωμη έναρξη της νόσου. Οι περισσότεροι ασθενείς είναι ανύπαντροι και κάνουν λιγότερα παιδιά, ακόμη και σε σύγκριση με τους σχιζοφρενείς (Κουμαντάνου & συν. 2004). Σήμερα, παρά την καλή γνώση της φαινομενομενολογίας της, δεν γνωρίζουμε πολλά για την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής. Οι Koran et al. συνέκριναν ασθενείς με Ι.ΨΑ.Δ., με ασθενείς με κατάθλιψη ή διαβήτη και με μάρτυρες. Οι ασθενείς με Ι.ΨΑ.Δ. είχαν τους μεγαλύτερους μέσους όρους σε όλες τις διαστάσεις της σωματικής υγείας (σωματική λειτουργικότητα, περιορισμένη ανάληψη ρόλων λόγω σωματικών

δυσκολιών και σωματικών πόνων). Αντίθετα στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας (κοινωνική λειτουργικότητα, περιορισμένη ανάληψη ρόλων λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και ψυχική υγεία) ήταν κάτω από το γενικό πληθυσμό. Η βαρύτητα της νόσου συσχετίστηκε αρνητικά με τις βαθμολογίες στην κοινωνική λειτουργικότητα – όσο πιο βαριά, τόσο πιο χαμηλή βαθμολογία. Οι ασθενείς με Ι.ΨΑ.Δ. εμφανίζονται να είναι άνεργοι, με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, να έχουν διαρρηγμένους γάμους και να κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Karno et al. 1988). Σε έρευνα που έγινε σε 75 ασθενείς με ψυχαναγκαστική διαταραχή φάνηκε πως οι ασθενείς με καταναγκασμούς μειώνουν την ποιότητα ζωής στους εξής τομείς: στον τομέα σωματικής υγείας, ψυχικής υγείας και στον περιβαλλοντικό τομέα. Σε αντίθεση οι ασθενείς με ιδεοληψίες μόνο δεν εμφάνισαν σοβαρή επίδραση στην ποιότητα ζωής (Stengler-Wenzke et al. 2007). Συγκεκριμένοι παράγοντες σχετίζονται με την χαμηλή ποιότητα ζωής των ασθενών με Ι.ΨΑ.Δ., όπως η συνοσηρότητα με κατάθλιψη, η βαρύτητα των συμπτωμάτων, η περιορισμένη κοινωνική στήριξη, οι σοβαρές παρενέργειες φαρμάκων, το χαμηλό κοινωνικό επίπεδο (Hou et al. 2010). Ασθενής με Ι.ΨΑ.Δ. (Mancebo et al. 2008) συναντούν δυσκολίες στην εργασία. Μέσα από έρευνα το 38% των ψυχαναγκαστικών ασθενών ανέφεραν ότι δεν μπορούν να εργαστούν εξαιτίας ψυχιατρικών προβλημάτων. Ένας στους 10 ασθενείς έχει κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (Hollander et al. 1996). Το 1/3 των ασθενών μπορεί να πάσχει επίσης από κατάθλιψη ή δυσθυμία (Moritz 2004).

Ο χρόνος που δαπανάται στις τελετουργίες, η κοινωνική αποξένωση και η οικογενειακή διάσπαση εμφανίζονται ως πιθανές πηγές έκπτωσης της λειτουργικότητας, που χρειάζονται πιο συστηματική μελέτη (Schneier 1997). Η Ι.ΨΑ.Δ. συνδέεται επίσης με μεγάλο κοινωνικό κόστος, που ανέρχεται σε 8 έως 47.2 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως (Hollander et al. 1996).

Οι Johnson et al (2013) αναφέρουν το γεγονός ότι υπάρχουν υψηλά επίπεδα Ι.ΨΑ.Δ. ανάμεσα σε φυλακισμένους. Ο λόγος είναι ότι η απομόνωση τους αλλά και οι ιδιαίτερες συνθήκες, οδηγούν σε φαινόμενα που επηρεάζουν την όλη λειτουργία των εγκλείστων.



## 2.2.4 Ψυχωτικές διαταραχές

Ο όρος «ψύχωση» εισήχθη το 1845 από τον Von Feuchtersleben με τη σημασία της «νοητικής διαταραχής» ή «τρέλας». Οι ψυχώσεις είναι ένας τύπος ψυχολογικών διαταραχών, στις οποίες διαταράσσεται ριζικά η επαφή με την πραγματικότητα (δηλαδή η ικανότητα να αντιλαμβάνεται, να επεξεργάζεται και να αντιδρά κανείς με προσαρμοστικό τρόπο στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα), σε τέτοιο βαθμό που το άτομο δεν μπορεί να λειτουργήσει στην καθημερινότητά του.

Στο DSM-IV γίνεται αναφορά στις παρακάτω ψυχωσικές διαταραχές:

- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση
- Ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες
- Παραληρητική διαταραχή
- Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή (folie à deux)
- Ψυχωτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

### 2.2.4.1 Σχιζοφρένεια

Ο όρος σχιζοφρένεια περιγράφει μια ομάδα ψυχώσεων που χαρακτηρίζονται από μείωση της λειτουργικότητας με σοβαρή διαστρέβλωση της διαδικασίας της σκέψης, της αντίληψης και της διάθεσης, περίεργη συμπεριφορά και κοινωνική απόσυρση.

Περίπου 1-2% των ανθρώπων έχουν συμπτώματα σχιζοφρένειας.

Εμφανίζεται σε περίπου ίδια αναλογία στα δύο φύλα με λίγο πιο πρόωμη έναρξη στους άντρες. (Medlook, 2001: 1).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια κατά DSM-IV είναι τα εξής:

- παραληρητικές ιδέες
- ψευδαισθήσεις
- αποδιοργανωμένος λόγος
- αρνητικά συμπτώματα
- έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας δίνεται στην περίπτωση που το άτομο εμφανίσει τουλάχιστον δύο από τα παραπάνω συμπτώματα τον τελευταίο μήνα, και έχει υπάρξει φανερά διαταραγμένος για τουλάχιστον 6 μήνες.

Εάν τα συμπτώματα έχουν διαρκέσει για λιγότερο από 6 μήνες, τότε δίνεται η διάγνωση της σχιζοφρενικόμορφης διαταραχής ή της βραχείας ψυχωσικής διαταραχής.

Σε αντίθεση με τις περισσότερες διαγνώσεις, δεν υπάρχουν απαραίτητα συμπτώματα για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας.

Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι με διάγνωση σχιζοφρένειας διαφέρουν περισσότερο μεταξύ τους από ό,τι αυτοί με άλλες διαγνώσεις.

### 2.2.5 Ναρκωτικά

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες είναι ένα σημαντικό και πολύπλευρο πρόβλημα με κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές και άλλες προεκτάσεις, το οποίο όμως πέρα από αυτές, αποτελεί κυρίως ένα σοβαρό ατομικό πρόβλημα υγείας. Η εξέλιξή του είναι πολυετής και επηρεάζει τόσο την ψυχική όσο και την σωματική υγεία όσων κάνουν κατάχρηση ή είναι εξαρτημένοι από ουσίες. Η αντιμετώπιση του απαιτεί επίσης πολυετή θεραπεία ανεξάρτητα της θεραπευτικής προσέγγισης που θα ακολουθηθεί.

Ειδικά στην θεραπεία της τοξικοεξάρτησης πολύ περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα υγείας, απαιτείται η ενεργή συμμετοχή του θεραπευόμενου και η αλλαγή ή η τροποποίηση ενός ήδη εγκαθιδρυμένου προτύπου συμπεριφοράς και η υιοθέτηση νέων καθώς επίσης και η διαμόρφωση νέων στάσεων απέναντι σε μια σειρά από ζητήματα μεταξύ των οποίων και η ίδια η υγεία. Επίσης είναι σαφές ότι οι πληροφορίες για το πώς ο καθένας ατομικά αντιλαμβάνεται τη δική του υγεία είναι πολύ σημαντικές για την παροχή της κατάλληλης υποστήριξης, θεραπείας και παρακολούθησης της υγείας.

Για τους λόγους αυτούς το πεδίο της έρευνας που αφορά στην αυτοαξιολόγηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής των εξαρτημένων, ενταγμένων ή όχι σε θεραπεία απεξάρτησης, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Στη χώρα μας όπου η κατάχρηση και η εξάρτηση από ψυχότροπες ουσίες είναι ένα σοβαρό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, έχει αναπτυχθεί ένα ευρύ πλέγμα θεραπευτικών προσεγγίσεων, με σημαντικό βαθμό αποτελεσματικότητας αλλά και διεθνή αναγνώριση σε σχέση με την ποιότητα και την ολοκληρωμένη παρέμβαση στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Δύο είναι τα κεντρικά μοντέλα των θεραπευτικών προσεγγίσεων και των αντίστοιχων θεραπευτικών μονάδων που έχουν αναπτυχθεί. Η πρώτη αφορά στις μονάδες υποκατάστασης και η δεύτερη στα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα. Το καθένα από αυτά έχει τις δικές του παραλλαγές και εξειδικεύσεις.

Σε σχέση με την πρώτη προσέγγιση έχει πραγματοποιηθεί μία μόνο έρευνα για την διερεύνηση της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, με εργαλείο την Γενική Επισκόπηση Υγείας SF-36 σε μία μονάδα υποκατάστασης και με δείγμα 150 εξαρτημένους από ηρωίνη, ενταγμένους στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να μελετήσει το αντίστοιχο ζήτημα χρησιμοποιώντας το ίδιο εργαλείο σε μια μονάδα στεγνού προγράμματος απεξάρτησης, στην Κεντρική Ελλάδα, και με δείγμα 130 εξαρτημένους από ηρωίνη, ενταγμένους σ' αυτό.

Προσδοκώμενο αποτέλεσμα της εργασίας αυτής είναι να συμβάλλει - στο βαθμό που μπορεί - στη συλλογή στοιχείων που αφορούν στην θεραπεία της ουσιοεξάρτησης στη χώρα μας. Επίσης να διερευνήσει την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των ασθενών εξαρτημένων από ηρωίνη και να εντοπίσει την όποια διαφοροποίησή της σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αλλά και σε σχέση με άλλες θεραπευτικές μεθόδους απεξάρτησης από την ηρωίνη. Τα ευρήματα αυτά, που θεωρώ ότι είναι ενδιαφέροντα, αποτελούν πολύ σημαντικές παραμέτρους τόσο για την βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας στους εξαρτημένους από ψυχότροπες ουσίες, όσο και για το σχεδιασμό της πολιτικής υγείας για τα ναρκωτικά και την ουσιοεξάρτηση γενικά.

Ψυχοτρόπος ουσία, είναι κάθε ουσία που χρησιμοποιούμενη μέσω οποιασδήποτε οδού, μεταβάλλει το συναίσθημα, το επίπεδο αντιληπτικότητας ή την εγκεφαλική

λειτουργία ενός χρήστη. Η εξάρτηση από ψυχοτρόπες ουσίες είναι μια δυναμική διαδικασία με στάδια την δοκιμή, την περιστασιακή χρήση, την χρήση, την κατάχρηση και την εξάρτηση. Η πορεία αυτή δεν είναι δεδομένη. Μία μόνο δοκιμή μιας ψυχοτρόπου ουσίας ή ακόμα και η περιστασιακή χρήση δεν οδηγούν οπωσδήποτε στην κατάχρηση και την εξάρτηση. Η κατάχρηση και η εξάρτηση που η παρούσα μελέτη διαπραγματεύεται είναι οι Διαταραχές Χρήσης Ουσιών (Substance Use Disorders), στις οποίες μπορεί να οδηγηθεί κανείς υπό προϋποθέσεις. Οι προϋποθέσεις αυτές αφορούν μεταξύ άλλων στον τύπο της ουσίας και τη φαρμακολογική της δράση, τον τρόπο χρήσης (συχνότητα, διάρκεια, ποσότητα), την προσωπικότητα του χρήστη (ψυχογενείς και ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες), τον κοινωνικό περίγυρο (οικογένεια, φίλοι, εργασία, κουλτούρα) και την χρονική συγκυρία. (Brill 1971).

Η κατάχρηση κατά το DSM-III-R είναι μια δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά χρήσης μιας ψυχοτρόπου ουσίας. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται είτε από τη συνεχή χρήση της ουσίας ,παρά το γεγονός ότι ο χρήστης γνωρίζει ότι η συμπεριφορά αυτή του προκαλεί προβλήματα στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ψυχολογικό ή σωματικό τομέα , είτε από την εμφάνιση αυτής της συμπεριφοράς κάτω από συνθήκες, όπου θα μπορούσε να επιφέρει ιδιαίτερα βλαπτικά αποτελέσματα. Η κατάχρηση, λοιπόν, είναι η συνεχής ή σποραδική υπερβολική χρήση μιας ψυχοτρόπου ουσίας με τρόπο που να διαφέρει του γενικά αποδεκτού από ιατρικής και κοινωνικής πλευράς (Brill 1977).

Για να τεθεί η διάγνωση της εξάρτησης ενός ατόμου από μια ψυχοτρόπο ουσία θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια και μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής να υφίστανται για τουλάχιστον ένα μήνα ή να επανεμφανίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα (Λιαππας 2003):

1. Χρήση της ουσίας σε μεγάλες ποσότητες ή για μεγάλες χρονικές περιόδους παρά την αντίθετη πρόθεση του χρήστη.
2. Ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου ή διακοπής της χρήσης της ουσίας από μέρος του χρήστη.
3. Μεγάλη δαπάνη του χρόνου του χρήστη σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την απόκτηση της ουσίας.

4. Συχνές καταστάσεις μέθης από χρήση της ουσίας ή εμφάνιση στερητικών συμπτωμάτων, που παρεμποδίζουν το άτομο να ανταποκριθεί κανονικά στον εργασιακό, οικογενειακό ή κοινωνικό του ρόλο.
5. Συνεχής χρήση της ουσίας, παρά τη διαπίστωση των προβλημάτων που προκαλεί η χρήση της στον κοινωνικό, ψυχολογικό ή σωματικό τομέα.
6. Ανάπτυξη ανοχής στην ουσία και ανάγκη για χρήση συνεχώς μεγαλύτερων ποσοτήτων της ουσίας, ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή ελαττωμένο αποτέλεσμα με την συνεχή χρήση των ίδιων ποσοτήτων της ουσίας.
7. Ανάπτυξη χαρακτηριστικών στερητικών συμπτωμάτων στην περίπτωση απότομης μείωσης ή διακοπής της χρήσης της ουσίας.
8. Συχνή χρήση της ουσίας με σκοπό την αποφυγή ή την ανακούφιση των στερητικών συμπτωμάτων.

Στις Φυλακές σε αρκετές χώρες της Δυτικής Ευρώπης και στην Αυστραλία, τον Καναδά, τη Λευκορωσία, τη Μολδαβία, την Ινδονησία και το Ιράν έχουν υιοθετηθεί ορισμένες προσεγγίσεις για την μείωση της βλάβης από τη χρήση ναρκωτικών εντός των φυλακών σε μεγάλο βαθμό με ευνοϊκά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, στις προαναφερθείσες χώρες έχουν εφαρμοστεί προγράμματα παροχής αποστειρωμένων βελονών και συρίγγων. Οι αξιολογήσεις αυτών των προγραμμάτων στην Ελβετία, την Ισπανία και τη Γερμανία δεν παρουσίασαν καμία αύξηση στη χρήση ναρκωτικών, ενώ σημείωσαν δραματική μείωση της χρήσης της ίδιας βελόνας, αποφεύγοντας τον πολλαπλασιασμό των περιπτώσεων μόλυνσης με τον ιό HIV ή της ηπατίτιδας Β ή C.

Επιπλέον, στις περισσότερες από τις προαναφερθείσες χώρες, εφαρμόστηκε η προγραμματισμένη χρήση προφυλακτικών τα οποία παρέχονται από τα σοφρωνιστικά ιδρύματα για την πρόληψη από τον HIV και την Ηπατίτιδα Β και C. Το πρόγραμμα αυτό σήμερα εφαρμόζεται στη Νέα Υόρκη, τη Φιλαδέλφεια, το Σαν Φρανσίσκο, το Λος Άντζελες, και την Ουάσιγκτον, DC.

Στην Ελλάδα, για την αντιμετώπιση του προβλήματος που αναδεικνύεται από τις ειδικές έρευνες στις φυλακές σχετικά με τους τοξικο

Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατουμένων, ένα στον Ελαιώνα Θηβών, το οποίο ήδη λειτουργεί ενώ προβλέπεται και η λειτουργία του δεύτερου κέντρου στη Χαλκιδική.

Επίσης, γίνεται προσπάθεια για να ανοιχτεί κάρτα υγείας σε όλους τους κρατούμενους.

Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτού του σοβαρού προβλήματος έχουν κάνει και διάφοροι φορείς ( Γιατροί χωρίς σύνορα, ΚΕΘΕΑ, 18 άνω κ.α.) οργανώνοντας σε διάφορες φυλακές προγράμματα ενημέρωσης σχετικά με τη χρήση ναρκωτικών και το AIDS.

Στα σωφρονιστικά καταστήματα η υγεία του πληθυσμού των φυλακών είναι κατά πολύ επιβαρυνμένη σε σχέση με του λοιπού πληθυσμού, ότι τα ποσοστά των λοιμωδών νοσημάτων είναι υψηλά και ότι μεγάλος αριθμός κρατουμένων είναι τοξικομανείς. Η απροθυμία του ιατρικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού να εργαστεί στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας των φυλακών επιδεινώνει ακόμη περισσότερο τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών. Οι μόνιμοι γιατροί είναι λιγοστοί και κατά το πλείστον παρέχουν τις υπηρεσίες τους με το σύστημα της κατ' επίσκεψη αμοιβής.

Μέσα από το νομοθετικό πλαίσιο γίνεται φανερό ότι το Υπουργείο Δικαιοσύνης είναι αρμόδιο για τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν στις φυλακές. Το Υπουργείο Υγείας εμπλέκεται ουσιαστικά όταν ο ασθενής κρατούμενος βρεθεί σε νοσοκομειακή μονάδα του ΕΣΥ. (Δασκαλάκη και συν., 1999)

Οι χρήστες ναρκωτικών που βρίσκονται στις φυλακές αγγίζουν ποσοστά της τάξεως του 22 έως 86% των φυλακισμένων ανάλογα με τον πληθυσμό των φυλακισμένων. Στις φυλακές λόγω της επικράτησης των ενέσιμων ναρκωτικών αποτελούν έναν χώρο υψηλής μετάδοσης λοιμωδών νοσημάτων, ένα πρόβλημα το οποίο επιδεινώνεται λόγω της περιορισμένης δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες και της απομόνωσης των υπηρεσιών υγείας των φυλακών απο το γενικότερο σύστημα υγείας (Andersen και συν. (2000).

### **2.3 Σύνδρομο Εγκλεισμού**

Η έννοια του συνδρομού αφορά ένα σύνολο συμπτωμάτων που εμφανίζονται ομαδικά και σχετίζονται με την ίδια κλινική εικόνα. Τα σύνδρομα μπορεί να είναι αιτιολογικά, παθογενετικά ή μορφολογικά. Με τον όρο «σύνδρομα του εγκλεισμού»

αναφερόμαστε σε ένα σύνολο συμπτωμάτων που εκδηλώνονται από κρατούμενους στο περιβάλλον της φυλακής και σε άμεση αλληλεπίδραση με αυτό.

### 3.3.1 Σύνδρομο Ganser

Το 1897 ο Sigbert Ganser περιέγραψε μία κατάσταση ,την οποία παρατήρησε σε τρεις κρατούμενους και την ονόμασε σύνδρομο Ganser(G.S.) και χαρακτηρίζεται από αδυναμία απαντήσης σε συνήθεις ερωτήσεις ,εξασθένηση της συνειδησης ,συμπτώματα μετατροπής και ψευδαισθήσεις .Το χαρακτηριστικότερο σύμπτωμα είναι οι απαντήσεις κατά προσέγγιση ,το οποίο το 1903 βαφτίστηκε από τον Westphal ως "vorbeireden" που σημαίνει "μιλάω γενικά".

(Dwyer J & Reid S.,2004). Τα συμπτώματα μετατροπής περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, αναλγησία και το αντίθετο, αισθητηριακές διαταραχές και κινητικές διαταραχές, όπως παράλυση και η απώλεια της συνείδησης αφορά μειωμένα επίπεδα εγρήγορσης του ατόμου. Σχετικές με το κριτήριο αυτό είναι και κάποιες μορφής διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών όπως, προβλήματα στον προσανατολισμό του ατόμου, στην συγκέντρωση και τη μνήμη.

Τα αίτια του συνδρόμου αυτού δεν έχουν γίνει γνωστά ακόμα αλλά αυτό το σύνδρομο απαντάται κυρίως σε κρατούμενους ,αυτό δίνει τη δυνατότητα να το συσχετίσουμε με την απομόνωση .Η εμφάνιση του γίνεται κατά την εισαγωγή στη φυλακή , εν αναμονή της δίκης και κατά τη διάρκεια της απομόνωσης . Επίσης, εμφανίζεται περισσότερο σε μειονότητες σε σχέση με τον επικρατούντα πληθυσμό. Πρόκειται για αναστρέψιμη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον σε συνθήκες εγκλεισμού κι ειδικότερα, σε σχέση με τους κρατούμενους, σε καθεστώς απομόνωσης. Μετά την επαναφορά σε κανονικά πλαίσια εγκλεισμού, τα συμπτώματα αποχωρούν σταδιακά και το άτομο επανέρχεται στα προηγούμενα λειτουργικά επίπεδα (Andersen και συν., 2001)

### 2.3.2 "Πυρετός της Πύλης"

Οι έγκλειστοι στα σωφρονιστικά ιδρύματα παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη ψυχολογία όταν αναμένεται η αποφυλάκιση τους από αυτά, κυρίως σε περιπτώσεις μακροχρονίου εγκλεισμού. Η ψυχολογική αυτή κατάσταση περιγράφεται από τον <<πυρετό της πύλης>>.

Η συμπτωματολογία του <<πυρετού της πύλης>> είναι η ευερεθιστικότητα, το άγχος, η ανησυχία. Επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν συμπτώματα υπομανίας. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων αυτών τις περισσότερες φορές διαφαίνεται ένα μήνα πριν την αποφυλάκιση του κρατουμένου ως και έξι μήνες μετά από αυτή. Αναγνωριστικά στοιχεία του συνδρόμου είναι η ευερεθιστικότητα, ο θυμός, ο φόβος, η δυσκολία να αντιμετωπιστεί το παρόν, η ανησυχία, η σύγχυση μεταξύ παρελθόντος και μέλλοντος, η εσωτερική ταραχή, η αδυναμία ύπνου, ισχυρές κεφαλαλγίες, η ψυχοκινητική διέγερση και η γαστρεντερικές ενοχλήσεις. Η εμφάνιση βέβαια και η ένταση του συνδρόμου εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες όπως το χρόνο που παρέμειναν έγκλειστοι, την προσωπικότητα των κρατουμένων, τις επαγγελματικές τους ικανότητες, όπως και τη ψυχολογική βοήθεια την οποία έλαβαν.

#### 2.4 Αυτοκτονία στις φυλακές

Ένα από τα κύρια αίτια θανάτου στις φυλακές είναι η αυτοκτονία, οι έγκλειστοι αποτελούν ομάδα υψηλού κίνδυνου σε σχέση με τους μη έγκλειστους και υπάρχουν και στοιχεία που καταδεικνύουν ότι οι αυτοκτονίες είναι αυξανόμενες ακόμα σε φυλακές που δεν είναι πολυπληθείς. (Shaw J, 2004)

Δεν είναι μόνο τα ποσοστά αυτοκτονίας τα οποία είναι αυξημένα στους κρατουμένους αλλά και οι σκέψεις για αυτή την πράξη σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι αυξημένη. Το γεγονός αυτό δείχνει από τη μία πλευρά ότι άτομα που παραβαίνουν το νόμο έχουν εγγενώς πολλούς παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά και για αυτό το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι υψηλότερο σε αυτά ακόμα και μετά την απελευθέρωσή τους από τη φυλακή. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι οι σωφρονιστικές υπηρεσίες δεν έχουν καμία ευθύνη για την αυτοκτονία των έγκλειστων, αντιθέτως, αυτοί οι δράστες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με περισσότερη προσοχή (Shaw J, 2004)

Σε ένα άρθρο στο *European Journal of Criminology* το 2012, από τον με τίτλο Λεωνίδα Χελιώτη 'Suffering at the hands of the state: conditions of imprisonment and prisoner health in contemporary Greece' αναφέρονται οι τελευταίες έρευνες για την αυτοκτονία στις φυλακές στην Ελλάδα. Στην πιο πρόσφατη δημοσιευμένη μελέτη που αφορά το εν λόγω θέμα, στην οποία συμμετείχαν 164 κρατούμενοι από τη φυλακή της Χαλκίδας, το 34.8% ανέφερε ότι είχαν προηγούμενη εμπειρία με αυτοτραυματισμό (χωρίς την πρόθεση αυτοκτονίας) μέσα στη φυλακή, με την πρόκληση τραυματισμών στο κεφάλι, κόψιμο των καρπών με αιχμηρό αντικείμενο και κάψιμο του δέρματος. Αυτές οι στατιστικές δεν προκαλούν αίσθηση, δεδομένου ότι είναι γνωστή η συσχέτιση του φαινομένου του αυτοτραυματισμού με συνθήκες υπερ-πληθυσμού, ψυχολογικών διαταραχών, αλλά και χρήσης ναρκωτικών (Cheliotis,



2011). Από τα επίσημα αρχεία τα περιστατικά θανάτου μέσα στις φυλακές αυξάνονται με πιο γρήγορο ρυθμό απ' ό,τι ο ρυθμός της ίδιας της φυλάκισης (αυτοί που πεθαίνουν δηλαδή είναι περισσότεροι από αυτούς που εισέρχονται στις φυλακές). Ανάμεσα στο 1980 και το 2005, οι θάνατοι στις ελληνικές φυλακές έχουν αυξηθεί κατά 350%. Την ίδια περίοδο, 730 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους μέσα στη φυλακή, κάτι που αναλογεί σε 28 θανάτους το χρόνο, ή περίπου ένα θάνατο κάθε 2 εβδομάδες. Πιο πρόσφατα, οι κρατούμενοι έκαναν λόγο για την υπέρμετρη εμφάνιση αυτού του φαινομένου, αλλά το υπουργείο δικαιοσύνης με απάντησή του στην Ελευθεροτυπία, ανέφερε πως δεν υφίστατο κάτι τέτοιο και πως δεν είχε επέλθει κάποια αύξηση στη συχνότητα αυτού του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, τα λεγόμενα των κρατουμένων επιβεβαιώνονται από τα επίσημα στοιχεία που παρείχε το ίδιο το υπουργείο: οι στατιστικές δείχνουν συνολικά 280 θανάτους κρατουμένων από το 2001 μέχρι τον Νοέμβριο του 2007, κάτι που εισηγείται ότι 38 κρατούμενοι έχαναν τη ζωή τους ανα έτος που ισοδυναμεί με ένα θάνατο κάθε δέκα μέρες (Cheliotis and Xenakis, 2010).

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα για τους θανάτους και τις αυτοκτονίες σε όλα τα σωφρονιστικά καταστήματα μεταξύ 1977-2000, που διεξήγαγε η Λέκτορας Εγκληματολογίας στο Πανεπιστήμιο Κρήτης Όλγα Θεμελή υποστήριξε, «ενώ τη δεκαετία 1981-1990 πέθαναν 191 κρατούμενοι αυτήν που ακολούθησε 1991-2000 πέθαναν 306. Όσο για τις αυτοκτονίες, ο δείκτης αυτοκτονιών στα ελληνικά καταστήματα κράτησης είναι 110 ανά 100.000 εγκλειστού πληθυσμού, ενώ ο αντίστοιχος στο γενικό πληθυσμό είναι 3,68%. Αυτό σημαίνει ότι στη φυλακή αυτοκτονούν 27 φορές περισσότερο από ότι έξω, ενώ ο πραγματικός αριθμός αυτοκτονιών υπολογίζεται πως είναι υψηλότερος, καθώς τα καταγεγραμμένα επίσημα στοιχεία παρουσιάζουν πολλά προβλήματα εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Συχνά στα αρχεία είτε δεν καταγράφεται αιτία θανάτου, είτε απαντώνται ασαφείς και αόριστες ενδείξεις, ιδιαίτερα μάλιστα τη πενταετία 1996-2000 περίπου τα δύο τρίτα των θανάτων είναι «αγνώστου αιτίας» (Πανάγος, 2008).

Τα αίτια των υψηλών ποσοστών αυτοκτονίας εντός της φυλακής ποικίλουν, όμως τα παρακάτω θεωρούνται τα βασικά:

- 1) Οι φυλακές συγκεντρώνουν άτομα τα οποία αποτελούν τις ομάδες που κατά παράδοση έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας, όπως είναι οι νεαροί άντρες, άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, άτομα κοινωνικά απομονωμένα, με προβλήματα χρήσης ουσιών και με προηγούμενη αυτοκτονικά συμπεριφορά (Shaw J, 2004).
- 2) Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της σύλληψης και της φυλάκισης και η αναμονή της δίκης επιβαρύνουν τη ψυχολογία του ατόμου.
- 3) Ακόμα και αν υπάρχει το κατάλληλο σωφρονιστικό προσωπικό, επαρκής υγειονομική περίθαλψη και προσωπικό ψυχικής υγείας συνήθως αγνοούνται τα πρώτα προειδοποιητικά σημάδια αυτοκτονίας (Shaw J, 2004).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ

Η Εγκληματολογική ψυχολογία είναι ένα πεδίο που ασχολείται τόσο με την ψυχολογία όσο και με το δίκαιο. Το πεδίο έχει γνωρίσει θεαματική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, καθώς όλο και περισσότεροι μαθητές ενδιαφέρονται για αυτό τον κλάδο της ψυχολογίας.

Τυπικά , η εγκληματολογική ψυχολογία ορίζεται ως η συνένωση της ψυχολογίας και του δικαίου , αλλά οι εγκληματολογικοί ψυχολόγοι μπορούν να εκτελέσουν πολλούς ρόλους , ώστε ο ορισμός αυτός μπορεί να ποικίλει . Σε πολλές περιπτώσεις, οι άνθρωποι που εργάζονται στο πλαίσιο της εγκληματολογικής ψυχολογίας δεν είναι κατ 'ανάγκη " εγκληματολογικοί ψυχολόγοι . " Αυτά τα άτομα μπορεί να είναι κλινικοί ψυχολόγοι , σχολικοί ψυχολόγοι , νευρολόγοι ή συμβούλους οι οποίοι παρέχουν τη ψυχολογική εμπειρία τους για να παρέχουν μαρτυρία , ανάλυση ή συστάσεις σε νομικές ή ποινικές υποθέσεις .Για παράδειγμα , ένας κλινικός ψυχολόγος θα μπορούσε να παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας , όπως η αξιολόγηση , διάγνωση και θεραπεία σε άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης .Σε έναν κλινικό ψυχολόγο μπορεί να ζητηθεί να καθορίσει εάν ένας ύποπτος πάσχει από ψυχική ασθένεια , ή μπορεί να κληθεί να παράσχει θεραπεία σε άτομα που πάσχουν από την κατάχρηση ουσιών και ψυχολογικά θέματα .Ένα άλλο παράδειγμα ο σχολικός ψυχολόγος . Ενώ οι άνθρωποι σε αυτό το επάγγελμα συνήθως εργάζονται με τα παιδιά στα σχολεία , οι ψυχολόγοι του σχολείου που εργάζονται στην ιατροδικαστική ψυχολογία μπορούν να αξιολογήσουν τα παιδιά σε περιπτώσεις που υπάρχουν υποψίες κατάχρησης , να βοηθήσουν στην προετοιμασία των παιδιών για να δώσουν μαρτυρία στο δικαστήριο ή να προσφέρουν τη μαρτυρία στις διαφωνίες κηδεμονίας του παιδιού .

#### 3.1 Ιστορική Ανάδρομη

Ο όρος «Εγκληματολογική», που σημαίνει «νομική» ή «δικαστική», προέρχεται από τη λατινική λέξη «forēnsis», που κυριολεκτικά σημαίνει «που αφορά στο φόρουμ ή στην αγορά ». Στην αρχαία Ρώμη, ένα φόρουμ ήταν μια ανοιχτή πλατεία, η οποία χρησίμευε ως αγορά, καθώς και ένα μέρος όπου νομικά θέματα είχαν διατυπωθεί.

Δεδομένου ότι τόσο η ψυχολογία και το δίκαιο ασχολούνται με την ανθρώπινη συμπεριφορά, είναι συνυφασμένα μεταξύ τους, από τις απαρχές της καταγεγραμμένης ιστορίας.( Gudjonsson και Haward 1998 ) . Ενδείξεις ενδιαφέροντος για το δίκαιο που φάνηκαν από φιλόσοφους , από τις σκέψεις των οποίων αναπτύχθηκε αργότερα η ψυχολογία, βρίσκονται στα πρώτα ασιατικά , αιγυπτιακά ,ελληνικά και λατινικά κείμενα . Αργότερα, Έλληνες φιλόσοφοι συνέχισαν να εκφράζουν τις απόψεις τους

σχετικά με πρακτικά ζητήματα του νόμου και τα θέματα που αποτελούν σήμερα το κύριο αντικείμενο της ψυχολογίας . Για παράδειγμα , ο Πλάτων ( περ. 427-347 π.Χ.) στη ‘Δημοκρατία’ του εξέτασε το ζήτημα του αν ψυχικά διαταραγμένοι άνθρωποι ήταν υπεύθυνοι για τη συμπεριφορά τους ( Allan 1995 ) . Ωστόσο , χρειάστηκε περισσότερο από 2000 χρόνια για να ωριμάσουν οι γνώσεις ψυχολογίας σε ένα τέτοιο επίπεδο, ώστε να επιτραπούν επισήμως στην αίθουσα του δικαστηρίου για πρώτη φορά . Αυτό συνέβη το 1896 , όταν Albert Von Schrenk - Notzing , μαθητής του Wilhelm Wundt ο οποίος ίδρυσε το πρώτο εργαστήριο ψυχολογίας στη Γερμανία το 1879 , κατέθεσε σε δίκη για δολοφονία , σχετικά με την επίδραση της προδικαστικής δημοσιότητας στη μνήμη και την υποβλητικότητα ( Blau 1998 ) . Από τότε , η εγκληματολογική ψυχολογία έχει κάνει μεγάλα βήματα .Καθώς μπαίνουμε στον εικοστό πρώτο αιώνα , δεν υπάρχει σχεδόν ούτε ένας τομέας του δικαίου, που να μην έχει υλοποιηθεί μαρτυρία έμπειρου ψυχολόγου. Ο Ewing ( 1985 ) πιστεύει ότι το σύγχρονο σύστημα δικαιοσύνης δεν θα μπορούσε να λειτουργήσει χωρίς σημαντική συμμετοχή επιστημόνων που μελετούν τη συμπεριφορά, όπως είναι οι ψυχολόγοι .

### 3.2 Οι ρόλοι των ψυχολόγων στη δικαιοσύνη

Δεδομένου ότι τόσο η ψυχολογία όσο και το δίκαιο καλύπτουν ουσιαστικά όλες τις πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, είναι κατανοητό ότι ο ψυχολόγος εγκληματολογίας χρησιμεύει ως εμπειρογνώμονας σε μια ποικιλία θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων αυτών που λαμβάνονται υπόψη στις ακόλουθες ενότητες.:

Ικανότητα υπόπτου για να δικαστεί

Γνωστό επίσης και ως «κατάσταση προς επίκληση», η ικανότητα κάποιου για να δικαστεί αναφέρεται στην διανοητική ικανότητα του κατηγορουμένου να προβάλλει μια σωστή άμυνα, δηλαδή, η ικανότητά του να κατανοήσει τις νομικές διαδικασίες και τις κατηγορίες εναντίον του. Σε αντίθεση με την κοινή γνώμη, η ύπαρξη και μόνο μιας ψυχικής διαταραχής δεν καθιστά ένα άτομο ανίκανο να σταθεί σε δίκη. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι τέτοιας φύσης και έντασης που η ικανότητα του ατόμου δεν επηρεάζεται σημαντικά. Το κρίσιμο ερώτημα είναι αν η ψυχική διαταραχή επηρεάζει τις τρέχουσες λειτουργικές ικανότητες του κατηγορουμένου, υπό το πλαίσιο των σχετικών νομικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό της ικανότητας (Gudjonsson και Haward 1998). Καθώς οι νόμοι και «νομικές κουλτούρες διαφέρουν από χώρα σε χώρα, είναι κατανοητό ότι οι στατιστικές που αφορούν την ικανότητα να δικαστεί κανείς θα διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, αναλογικά μιλώντας, περίπου 100 φορές περισσότεροι κατηγορούμενοι στις ΗΠΑ βρέθηκαν ανίκανοι από ό, τι στην Αγγλία και την Ουαλία. Ακόμη και μέσα στην ίδια χώρα, το ποσοστό των κατηγορουμένων που βρέθηκαν να είναι ανίκανοι συνήθως κυμαίνεται από 1 έως και

80 % (συγκριτικά) ανάμεσα στις δικαιοδοσίες (των διάφορων δικαστηρίων). Φαίνεται ότι τα άτομα που είναι ανίκανα να δικαστούν συχνά έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως ιστορικό θεραπείας της ψυχικής τους υγείας (ιδιαίτερα για σχιζοφρένεια και κατάθλιψη), κατώτερης νοητικής λειτουργίας, και ένα πρόσφατο φορτίο βίαιων εγκλημάτων. Η αξιολόγηση της ικανότητας είναι συνήθως πολύ αξιόπιστη και το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ ψυχολόγων Γνωστό επίσης και ως «κατάσταση προς επίκληση», η ικανότητα κάποιου για να δικαστεί αναφέρεται στην διανοητική ικανότητα του κατηγορουμένου να προβάλλει μια σωστή άμυνα, δηλαδή, η ικανότητά του να κατανοήσει τις νομικές διαδικασίες και τις κατηγορίες εναντίον του. Σε αντίθεση με την κοινή γνώμη, η ύπαρξη και μόνο μιας ψυχικής διαταραχής δεν καθιστά ένα άτομο ανίκανο να σταθεί σε δίκη. Πολλές ψυχικές διαταραχές είναι τέτοιας φύσης και έντασης που η ικανότητα του ατόμου δεν επηρεάζεται σημαντικά. Το κρίσιμο ερώτημα είναι αν η ψυχική διαταραχή επηρεάζει τις τρέχουσες λειτουργικές ικανότητες του κατηγορουμένου, υπό το πλαίσιο των σχετικών νομικών κριτηρίων για τον προσδιορισμό της ικανότητας (Gudjonsson και Haward 1998). Καθώς οι νόμοι και «νομικές κουλτούρες διαφέρουν από χώρα σε χώρα, είναι κατανοητό ότι οι στατιστικές που αφορούν την ικανότητα να δικαστεί κανείς θα διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, αναλογικά μιλώντας, περίπου 100 φορές περισσότεροι κατηγορούμενοι στις ΗΠΑ βρέθηκαν ανίκανοι από ό, τι στην Αγγλία και την Ουαλία. Ακόμη και μέσα στην ίδια χώρα, το ποσοστό των κατηγορουμένων που βρέθηκαν να είναι ανίκανοι συνήθως κυμαίνεται από 1 έως και 80 % (συγκριτικά) ανάμεσα στις δικαιοδοσίες (των διάφορων δικαστηρίων). Φαίνεται ότι τα άτομα που είναι ανίκανα να δικαστούν συχνά έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως ιστορικό θεραπείας της ψυχικής τους υγείας (ιδιαίτερα για σχιζοφρένεια και κατάθλιψη), κατώτερης νοητικής λειτουργίας, και ένα πρόσφατο φορτίο βίαιων εγκλημάτων. Η αξιολόγηση της ικανότητας είναι συνήθως πολύ αξιόπιστη και το ποσοστό συμφωνίας μεταξύ ψυχολόγων συχνά ξεπερνά το 80 %. Πέρα από τις παραδοσιακές τεχνικές αξιολόγησης, και κυρίως την κλινική συνέντευξη, χρησιμοποιούνται διάφορα άλλα μέσα αξιολόγησης της ικανότητας.

### Ποινική Ευθύνη του Υπόπτου

Η ποινική ευθύνη (λογοδοσία) δεν πρέπει να συγχέεται με την ικανότητα ενός να δικαστεί. Η ικανότητα να δικαστεί σχετίζεται ειδικώς με τη διανοητική ικανότητα του κατηγορουμένου κατά τη διάρκεια της νομικής διαδικασίας. Η ποινική ευθύνη, επίσης γνωστή ως «η υπεράσπιση λόγω παραφροσύνης», αναφέρεται στο χρόνο του υποτιθέμενου αδικήματος και ειδικότερα θέτει το ερώτημα κατά πόσον ο κατηγορούμενος είχε τη διανοητική ικανότητα να διακρίνει μεταξύ σωστού και λάθους κατά τη στιγμή της υποτιθέμενης τέλεσης του αδικήματος και αν θα μπορούσε να ελέγξει τη συμπεριφορά του (ή της) αναλόγως. Σε περίπτωση που ο κατηγορούμενος βρεθεί ότι δεν είναι ποινικά υπεύθυνος, αυτός ή αυτή σπάνια

αφήνεται ελεύθερος/ η. Συνήθως μεταφέρεται σε ένα κέντρο (θεραπείας) της ψυχικής υγείας, όπου θα παραμείνει για όσο διάστημα πληρούνται τα κριτήρια δέσμευσής του. Η υπεράσπιση παραφροσύνης είναι ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στο ποινικό δίκαιο. Ένας λόγος για αυτό είναι οι πολλές παρανοήσεις γύρω από αυτήν. Για παράδειγμα, μολονότι ο κόσμος πιστεύει (πιθανώς ως αποτέλεσμα της δημοσιότητας που δίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις) ότι η παραφροσύνη ως βάση υπεράσπισης συναντάται (στην πράξη) πολύ συχνά, στην πραγματικότητα τέτοιες περιπτώσεις είναι σπάνιες: συχνά λιγότερες από 1 στις 1.000 ποινικές υποθέσεις. Το ποσοστό επιτυχίας της υπεράσπισης διαφέρει από χώρα σε χώρα και ανά περιοχή δικαιοδοσίας, με 25-50 % ως γενικό μέσο όρο. Οι περισσότεροι κατηγορούμενοι των οποίων οι (προβαλλόμενοι) λόγοι παραφροσύνη είναι επιτυχείς έχουν διαγνωστεί με μείζονες ψυχωτικές διαταραχές και έχουν εκτεταμένο ιστορικό ψυχικής υγείας, που συχνά συνοδεύεται από προηγούμενες αστικές δεσμεύσεις ή πορίσματα περί ανικανότητας (Golding et al. 1999). Οι αξιολογήσεις σχετικά με την παραφροσύνη συνήθως θεωρούνται πιο πολύπλοκες από τις αξιολογήσεις για την ικανότητα παράστασης σε δίκη. Είναι, άλλωστε, εξαιρετικά δύσκολο να προσδιοριστεί για κάποιον τι σκεφτόταν, τί ένιωθε και τι έκανε κατά τη στιγμή του αδικήματος που συνήθως συνέβη εβδομάδες, μήνες, ή ακόμα και χρόνια νωρίτερα (Bartol και Bartol 1994). Ωστόσο, φαίνεται ότι η εξειδικευμένη εκπαίδευση και η εμπειρία μπορεί να οδηγήσει σε ένα ποσοστό συμφωνίας πάνω από 80 % μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αρκετά μέσα μέτρησης έχουν αναπτυχθεί για να βοηθήσουν τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην εκτίμηση τους για τον προβαλλόμενο λόγο παραφροσύνης.

### 3.3 Ο ρόλος του ψυχολόγου μέσα στις φυλακές

Όλα τα παραπάνω αφορούν την προσφορά του ψυχολόγου πριν ο ύποπτος θεωρηθεί ένοχος, ο ρόλος του είναι πολύ σημαντικός αφού το άτομο εισαχθεί και γίνει μέλος των φυλακών. Βέβαια, για να υπάρξει η κατάλληλη στηριξη των κρατουμένων χρειάζεται η σύσταση μίας ολοκληρωμένης διεπαγγελματικής ομάδας, η οποία αποτελείται από διάφορους επιστήμονες.

#### 3.3.1. Επιστημονες στο χώρο των φυλάκων

Ο ρόλος του Ψυχιάτρου

Ο ψυχίατρος ως επιστημονικός συντονιστής της Διεπαγγελματικής Ομάδας Συντονίζει την λειτουργία της Διεπαγγελματικής ομάδας και καθορίζει τους στόχους και τη στρατηγική των θεραπευτικών προγραμμάτων στο σωφρονιστικό ίδρυμα, εποπτεύει την λειτουργία τους και την αποτελεσματικότητά στην εφαρμογή τους.

Δεύτερον, η θεραπευτική παρουσία του ψυχιάτρου είναι πολύ σημαντική. Ο ψυχίατρος προβαίνει σε διάγνωση της ψυχοπαθολογίας και προτείνει φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές λύσεις στις δυσκολίες που υπάρχουν ή προκύπτουν στους κρατούμενους με τον εγκλεισμό τους στις φυλακές. Διασφαλίζει επίσης το θεραπευτικό συνεχές πριν, κατά και μετά την κράτηση τους και τέλος προάγει τα εκπαιδευτικά και τα ερευνητικά προγράμματα.

Ο ρόλος των εργοθεραπευτών

Η εργοθεραπεία είναι πολύ σημαντική και απαραίτητη σε ένα τόσο ειδικό χώρο όπως είναι οι φυλακές. Είναι απαραίτητο και αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής ομάδας που εμπλέκεται από τη στιγμή που ο πελάτης μπει στο χώρο των φυλακών μέχρι την αποφυλάκιση του.

A) Η λεκτικοποίηση των συναισθημάτων. Όπως είναι ήδη γνωστό, οι κατάδικοι έρχονται αντιμέτωποι με πολλά ανάμεικτα συναισθήματα, που δεν μπορούν να αναγνωρίσουν και να εκφράσουν με υγιή τρόπο (κυρίως λεκτικά).

Μέσω των μη λεκτικών εκφραστικών τεχνικών, στις οποίες εξειδικεύονται οι εργοθεραπευτές (π.χ. προβολικές τεχνικές όπως ζωγραφική, role playing κτλ.) μπορούν να βοηθήσουν τους πελάτες/κατάδικους στην αναγνώριση, κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων που δεν μπορούν να λεκτικοποιήσουν.

Οι εκφραστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται ανά το παγκόσμιο από τους εργοθεραπευτές στο πλαίσιο των φυλακών και έχουν αποδειχτεί πολύ σημαντικές για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής πορείας.

B) Η Ανάπτυξη των Δεξιοτήτων. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που καθιστά απαραίτητη την εργοθεραπεία σε ένα τέτοιο πλαίσιο είναι η εκτόνωση της έντασης των κρατούμενων μέσα από εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις και τεχνικές, με αποτέλεσμα τη μείωση ή ακόμη και την εξάλειψη της βίας. Η συνεχής παραμονή των κρατούμενων σε ένα τόσο κλειστό χώρο με πολλούς περιορισμούς συνδράμει στη μεγιστοποίηση των συναισθημάτων που εκφράζονται με βίαιο ή άλλο λανθασμένο τρόπο. Εδώ καλείται ο εργοθεραπευτής (σε συνεργασία πάντα με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα) να παρέμβει με σωστές τεχνικές όπως:

- Εκπαιδευτικές / εργασιακές (π.χ. εργασιακό πλαίσιο και εκπαίδευση εργασιακών δεξιοτήτων από τεχνικούς).
- Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (π.χ. αυτομέριμνα).
- Αυτογνωσία και προσωπική ανέλιξη (π.χ. κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες διαχείρισης θυμού και άγχους, έκφραση συναισθημάτων).

- Τεχνικές επανένταξης μέσω στοχοκατευθυνόμενων δραστηριοτήτων, κ.α.

Γ) Η Εργασιακή και Κοινωνική Αποκατάσταση. Ένας ακόμα αλλά εξίσου σημαντικός ρόλος που έχει η εργοθεραπεία στις φυλακές είναι η εργασιακή αποκατάσταση που περιέχει προγράμματα σχετικά με εργασία για να αναπτύξουν εργασιακές συνήθειες και δεξιότητες.

Ο ρόλος των εξειδικευμένων ψυχιατρικών νοσηλευτών

Οι εξειδικευμένοι ψυχιατρικοί νοσηλευτές συμμετέχουν ενεργά στα διάφορα προγράμματα θεραπευτικού, εκπαιδευτικού και ερευνητικού χαρακτήρα. Εφαρμόζουν αυστηρό έλεγχο στην διαχείριση των φαρμακευτικών σκευασμάτων. Βοηθούν στην υλοποίηση των προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης των κρατουμένων προ και μετά την απόλυσή τους. Στη περίπτωση δημιουργίας ψυχιατρικής κλινικής εντός των φυλακών, καθοριστική θα είναι η συμμετοχή τους στην λειτουργία της.

Ο ρόλος των Κοινωνικών Λειτουργών

Οι Υπηρεσίες Κοινωνικής Ευημερίας έχουν να διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο στην επαγγελματική Ομάδα σε σχέση με τις κοινωνικές δυσκολίες που προκύπτουν στους κρατουμένους λόγω του εγκλεισμού τους στις Φυλακές, όπως είναι η σχέση τους με την οικογένειά τους και η στήριξη των οικογενειών των κρατουμένων. Επίσης για την προετοιμασία για την απόλυσή τους και τον προγραμματισμό της αποκατάστασης των κρατουμένων με την έξοδο τους από το σωφρονιστικό ίδρυμα τόσο στον εργασιακό, οικονομικό όσο και στον κοινωνικό και οικογενειακό τομέα με την παροχή ενδιάμεσων δομών και εργασίας.

Άλλες Ειδικότητες

Επιπρόσθετα είναι απαραίτητη η εμπλοκή άλλων ειδικοτήτων σε μια διευρυμένη επαγγελματική ομάδα (παθολόγων, δασκάλων, καθηγητών, εκπαιδευτών εργασίας, κ.λ.π.) για την υλοποίηση των πιο πάνω προγραμμάτων.

### 3.3.2 Ο ρόλος του ψυχολόγου

Βέβαια ο ρόλος του ψυχολόγου είναι ένας από τους σημαντικότερους αν όχι ο πιο σημαντικός ,πριν εξηγήσουμε το γιατί ας δούμε τι ορίζεται ως ρόλος του.

Σύμφωνα με το άρθρο 59 του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των γενικών καταστημάτων κράτησης τύπου Α & Β ο ψυχολόγος έχει τα εξής καθήκοντα:

«1. Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους κρατουμένους μέσω ατομικών ή ομαδικών συνεδριών, κατόπιν προγραμματισμού και σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη του ειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού με στόχο: α) την προσαρμογή

των 94 κρατουμένων στις συνθήκες διαβίωσης στο κατάστημα κράτησης, β) την ασφαλή έκτιση της ποινής τους και γ) την προετοιμασία τους για την ομαλή επάνοδο τους στον κοινωνικό βίο.

2. Μεριμνά για την προμήθεια του υλικού που απαιτείται για την εκτέλεση των καθηκόντων του.

3. Τέλος στο πλαίσιο των στόχων της παρ.1, δύναται:

α. να εξετάζει τους κρατούμενους με ειδικές δοκιμασίες ψυχολογικής

αξιολόγησης και να συντάσσει σχετική έκθεση, στο πλαίσιο συνεργασίας με το

ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό,

β. να εντοπίζει την ύπαρξη τυχόν αδυναμιών που πρέπει να ληφθούν υπόψη

προκειμένου να τοποθετηθεί ο κρατούμενος στην καταλληλότερη γι' αυτόν εργασία και

να εισηγείται σχετικά στο αρμόδιο Συμβούλιο,

γ. να συνεργάζεται με τις οικογένειες των κρατουμένων στο χώρο εργασίας τους,

δ. να προτείνει συγκεκριμένα μέτρα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας των

κρατουμένων (εργασία, μεταγωγή σε κατάλληλο θεραπευτικό κατάστημα κράτησης,

συμμετοχή σε προγράμματα, κλπ) και να συνεργάζεται με το προσωπικό του

καταστήματος για την βελτίωση των συνθηκών κράτησης και την κάλυψη

ψυχοκοινωνικών αναγκών των κρατουμένων,

ε. να συνεργάζεται με τις υπηρεσίες του καταστήματος και με εξωτερικούς

κοινωνικούς και εκπαιδευτικούς φορείς στο σχεδιασμό και την υλοποίηση

εκπαιδευτικών, ψυχολογικών ή άλλων προγραμμάτων τα οποία έχουν ως στόχο την

προσωπική ανάπτυξη και ομαλή κοινωνική επάνοδο των κρατουμένων» (Υπουργείο

Δικαιοσύνης, 2003: 23-24).



Κατά την εισαγωγή των κρατουμένων στο σωφρονιστικό ίδρυμα διαφαίνεται πόσο αναγκαία είναι ύπαρξη ψυχολόγων σε αυτές γιατί η ψυχιατρική εκτίμηση των εγκλείστων, τόσο κατά την είσοδό τους στο σωφρονιστικό ίδρυμα, όσο και κατά την παραμονή τους σε αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα κι αδυναμίες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στους κρατούμενους. Είναι γεγονός ότι η πλειονότητα των εγκλείστων που εκδηλώνουν κάποια ψυχική διαταραχή κι έχουν ανάγκη από θεραπευτική αντιμετώπιση δεν γίνονται αντιληπτοί από το προσωπικό του ιδρύματος (Andersen ,H., S.,Sestoft, D., Lillebaek,T., 2001). Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τους Birmingham,L., Mason, D.,&Grubin, D, από το 26% των εγκλείστων που εκδήλωναν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές, μόλις το 9% αναγνωρίστηκε από το προσωπικό, κατά την είσοδό τους στη φυλακή. Βάση αυτών γίνεται αντιληπτή η αναγκαιότητα ύπαρξης ψυχολογικής παρέμβασης από τη πρώτη στιγμή του εγκλεισμού.

Οι ψυχολόγοι επίσης μπορούν να βοηθήσουν τους κρατουμένους σε διάφορα θέματα όπως και τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, ιδιαίτερα αν αναλογιστούμε τα πόσα ψυχολογικά θέματα υγείας μπορούν να εμφανίσουν οι κρατούμενοι κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού ή που προϋπάρχουν πριν από αυτό. Ως κλάδους της ψυχολογίας με εφαρμογή στο σωφρονιστικό σύστημα μπορούμε να αναφέρουμε γενικά τις Γενική, Κλινική, Ψυχολογία των εξαρτήσεων, Οργανωτική, Δικαστική, Κοινωνική, Ψυχομετρία. Γενικότερα, όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι εφ' όσον μέσα στο σωφρονιστικό σύστημα διαβιούν και εργάζονται άνθρωποι και των δύο φύλων, όλων των ηλικιών, από διαφορετικά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα με πολλές και διαφορετικές ανάγκες και δυνατότητες, η επιστήμη της ψυχολογίας βρίσκει εφαρμογές σχεδόν σε όλους τους κλάδους της, σε όλο της σχεδόν το φάσμα.

Ειδικότερα, τώρα, στο χώρο της Εγκληματολογίας, του Δικαίου και της Σωφρονιστικής, η ψυχολογία ως επιστήμη μέσα από τις θεωρίες για τη δόμηση της προσωπικότητας και την ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών μπορεί να βοηθήσει στη μελέτη της παραβατικότητας και στην αντιμετώπισή της (Μπινιώρη, 2006), και, από την άλλη, στη δημιουργία παραγωγικών εργασιακών συνθηκών και στο σχεδιασμό λειτουργικού εργασιακού περιβάλλοντος. Παρακάτω παρατίθενται παραδείγματα κάποιων κλάδων της ψυχολογίας και πως εφαρμόζονται στη φυλακή.

Ο ρόλος των κλινικών ψυχολόγων

Οι λόγοι που καθιστούν απολύτως απαραίτητη την παρουσία κλινικών ψυχολόγων επί καθημερινής βάσης, ήτοι αποκλειστικά αποσπασμένων στο τμήμα των Φυλάκων είναι:

A) Το θεραπευτικό και συνθεραπευτικό έργο που αναλαμβάνουν:

Στο θεραπευτικό τους έργο δύναται να έχουν διαγνωστική και θεραπευτική αυτοτέλεια στην αναγνώριση και θεραπεία της ψυχοπαθολογίας.

Στο συνθεραπευτικό τους έργο ως επιστημονικοί συνεργάτες με την κατάλληλη διαγνωστική και θεραπευτική γνώση (που μόνο ο επιστημονικά καταρτισμένος κλάδος του κλινικού ψυχολόγου μπορεί να κατέχει), καλούνται να συνδράμουν και να επισφραγίσουν το θεραπευτικό έργο του Ειδικού Ψυχιάτρου καθώς και των άλλων λειτουργών της πολυθεματικής ομάδας. Επίσης καλούνται να διενεργήσουν εξειδικευμένες εξετάσεις, απαραίτητες στον ψυχίατρο πραγματογνώμονα εν όψει δικαστικών διαδικασιών.

Β) Ως βασικά μέλη της πολυθεματικής ομάδας του Τμήματος των Φυλακών, με αδιαμφισβήτητες επιστημονικές γνώσεις, πανεπιστημιακές και κλινικές, δύναται να προτείνουν, να συμμετέχουν, να καθορίζουν, να εποπτεύουν και να φέρουν σε πέρας προγράμματα, θεραπευτικού, εκπαιδευτικού, ενημερωτικού χαρακτήρα.

Γ) Μπορούν να αντιπροσωπεύσουν την θεραπευτική ομάδα, στη Διασύνδεση της με τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, σε σεμινάρια ή συνεδρία, και σε σχέση με πανεπιστημιακούς ή άλλους φορείς που έχουν αντικείμενο ενδιαφέροντος το σωφρονιστικό σύστημα και τις προεκτάσεις του, καθώς επίσης να τύχουν περαιτέρω επιστημονικής κατάρτισης σε εξειδικευμένα θέματα που απασχολούν το Τμήμα των Φυλακών.

Ένα άλλο παραδειγμα είναι ο ρόλος του ψυχολόγου τοποθετημένου ως συμβούλου για τις Τοξικοεξαρτήσεις. Ο Ψυχολόγος που έχει τοποθετηθεί ως σύμβουλος για τις τοξικοεξαρτήσεις είναι μέλος μιας διεπαγγελματικής ομάδας που έχει σαν αντικείμενο παρέμβασης αποκλειστικά τους χρήστες και καταχραστές τοξικών και εξαρτησιογόνων ουσιών και τις ευπαθείς σε αυτά ομάδες ατόμων. Το έργο του εκτελείται μέσω συναντήσεων με κρατούμενους, ενημερωτικής φύσης, αξιολόγησης, παρεμβατικού, συμβουλευτικού περιεχομένου, διενέργεια ερευνητικού έργου, συμμετοχή σε εκπαιδευτικά σεμινάρια και συμμετοχή στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα των Φυλακών για τους νεοεισερχόμενους δεσμοφύλακες.

Τέλος παρόλο που ο ψυχολόγος στις φυλακές ως επάγγελμα υπάρχει εδώ και δεκαετίες δέχεται πολλές αμφισβητήσεις και συχνά η σημασία του ρόλου του υποβαθμίζεται. «Εύκολα μπορεί κανείς να αμφισβητήσει τη συμβολή της ψυχολογίας στην ερμηνεία του εγκληματικού φαινομένου, δύσκολα όμως μπορεί να παραγνωρίσει την τεράστια απήχυσή της στην αντιμετώπιση του εγκληματία και κατά τη χάραξη αντεγκληματικής πολιτικής» (Bartol, 1995: 399). Η ψυχολογική μεταχείριση του εγκληματία αποτελεί πάντως ένα γενικό όρο, καθώς οι ψυχολογικές θεραπείες προχωρούν πέρα την ιατρική θεραπεία, διότι παρέχουν στο άτομο μία ευκαιρία να αναπτυχθεί προσωπικά και να αναπτύξει προσωπικές ικανότητες (π.χ. έλεγχος επιθετικότητας, σεξουαλική αυτοσυγκράτηση), και δεν αντιμετωπίζουν απλά

κάποια συμπτώματα συμπεριφοράς (Sukhodolsky ,D.G,et al ,2004). Η αναμόρφωση ή πιο σύγχρονα η επανένταξη αποτελεί έναν ακόμη πιο αφηρημένο όρο. Σε κλινικούς όρους η επανένταξη αφορά στην αποκατάσταση και ανταμοιβή του ατόμου για τις βελτιωμένες ψυχολογικές του λειτουργίες, που θα βοηθήσουν να επανενταχθεί κοινωνικά ένα κοινωνικά μειονεκτικό άτομο, και να αποφύγει ξανά την εμπλοκή του με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης. (Gatti & Walters, 1999). Από όλα τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι η παρουσία ψυχολόγου είναι αναγκαία από τη στιγμή που θα κριθεί ύποπτος για μία εγκληματική ενέργεια και αφού αποδειχθεί η ενοχή του κατά την εισαγωγή ,παραμονή και έξοδο από τη φυλακή.

### 3.4 Ψυχολόγοι στις φυλακές στην Ελλάδα

Συμφωνα με τον Αλεξιάδη (1993 ) ,το μοντέλο σωφρονιστικής πολιτικής που ακολουθείται στη χώρα μας και αποτυπώνεται στο κείμενο του νέου Σωφρονιστικού Κώδικα είναι εκείνο της δίκαιης αποκατάστασης ή δικαιοκώ προτύπο ενόψει της υποχώρησης του ιδεώδους της μεταχείρισης του κρατουμένου ή της οποιασδήποτε μορφής σωφρονισμού. Οι αρχές που διέπουν το παρόν πρότυπο είναι ο σεβασμός των θεμελιωδών δικαιωμάτων, πέραν της στέρησης της προσωπικής ελευθερίας, η εκούσια και μόνο συμμετοχή των κρατουμένων σε προγράμματα αγωγής, μεταχείρισης, απασχόλησης και τέλος η ελαχιστοποίηση της παραμονής του κρατούμενου στο κατάστημα κράτησης κλειστού τύπου και η μέριμνα για την κοινωνική του επανένταξη. Ωστόσο στο Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα ορίζεται ότι στόχος ενός σωφρονιστικού συστήματος θα πρέπει να είναι η αναμόρφωση και η κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων. Εδώ είναι εμφανές ότι υπάρχει βασική διαφοροποίηση στη σκοπιμότητα του σωφρονισμού, όμως παρατηρείται ότι υπάρχει και διαφοροποίηση ως προς την ψυχολογική μεταχείριση του εγκληματία .

Στους Ευρωπαϊκούς Σωφρονιστικούς Κανόνες, αναφέρεται ότι ο ιατρός του σωφρονιστικού καταστήματος είναι επιφορτισμένος με την εποπτεία της σωματικής και ψυχικής υγείας των κρατουμένων ,επίσης, κατά την παράγραφο 31.1 είναι υποχρεωμένος να αναφέρει στον διευθυντή όλες τις περιπτώσεις κρατουμένων για τους οποίους θεωρεί ότι η σωματική ή η ψυχική τους υγεία λ.χ. εκπαίδευση, εργασία, επαγγελματική κατάρτιση, ψυχολογική υποστήριξη κ.λπ. έχει ή πρόκειται να επηρεαστεί αρνητικά από τη συνέχιση ή από οποιαδήποτε συνθήκη της φυλακής. Τέλος κατά την παράγραφο 32 οι υγειονομικές υπηρεσίες του ιδρύματος πρέπει να επιδιώκουν τον εντοπισμό και τη νοσηλεία κάθε σωματικής και ψυχικής ασθένειας και για το σκοπό αυτό πρέπει να παρέχονται στον κρατούμενο όλες οι ιατρικές και ψυχιατρικές υπηρεσίες. Κατά την παράγραφο 52 μάλιστα πρέπει να περιλαμβάνεται στο προσωπικό ικανός αριθμός ειδικών όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί (Eisenberg, 2000).

Στην Ελλάδα αν και η νομοθεσία έχει προβλέψει την ύπαρξη διάφορων επαγγελματιών υγείας ,συμπεριλαμβανομένων των ψυχολόγων (Νόμο 1851/1989) και μάλιστα περιγράφονται τα καθήκοντά τους, ότι πρέπει να εξετάζουν τους κρατουμένους με ειδικές δοκιμασίες για να διαπιστώσουν τυχόν διαταραχές των ψυχικών και πνευματικών τους λειτουργιών ή της προσωπικότητάς τους και συντάσσουν έκθεση ψυχολογικής αξιολόγησης, δεν προβλέπει όμως σε μόνιμη βάση παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης, όπως επιτάσσουν

οι ευρωπαϊκοί σωφρονιστικοί κανόνες και αποτελεί για δεκαετίες παράδοση στα αγγλοσαξονικά σωφρονιστικά συστήματα (Eisenberg, 2000). Αυτό που συμβαίνει είναι τη θέση των ψυχολόγων να καταλαμβάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί και όταν υπάρχουν ψυχολόγοι να μην είναι μόνιμα συνεργαζόμενοι με το σωφρονιστικό κατάστημα.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Επίλογος

Το 2008 από το σύνολο των θεραπευομένων σε δομές κυρίως θεραπείας στη Ελλάδα, το 20% αντιστοιχεί σε άτομα με διαγνωσμένο ψυχιατρικό πρόβλημα. Το αντίστοιχο ποσοστό σε θεραπευτικά προγράμματα που δέχονται χρήστες με συννοσηρότητα ή διαθέτουν προσαρμοσμένες υπηρεσίες ήταν 23,8% (ΕΚΤΕΠΝ 2009).

Στα προγράμματα του ΚΕΘΕΑ την περίοδο 2000-2006 παρατηρήθηκε μείωση στο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ψυχολογικά-ψυχιατρικά προβλήματα κατά την προσέλευσή τους στα Συμβουλευτικά Κέντρα (24,2% για το 2000 και 13,8% για το 2006).

Θα πρέπει να αναφέρουμε Ο αντίκτυπος της κατάχρησης και της εξάρτησης από ψυχότροπες ουσίες σε σχέση με τα προβλήματα υγείας, είναι εκτεταμένος.

Περιλαμβάνονται σ' αυτόν καρδιαγγειακές παθήσεις, αποστήματα, γάγγραινα, εγκεφαλικά επεισόδια, νευρολογικές, γαστρεντερικές και αναπνευστικές επιδράσεις, βλάβες νεφρού, προβλήματα εγκυμοσύνης και τοκετού και πολλά άλλα ( ΕΚΤΕΠΝ, 2009)

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι αν προσπαθήσουμε να περιγράψουμε την ζωή των έγκλειστων στις φυλακές και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή κατάσταση της υγείας τους, εύκολα θα διαπιστώσουμε ότι μεγάλος αριθμός κρατούμενων έχει παραιτηθεί από το να διεκδικεί το δικαίωμα στην υγεία. Πολλοί εξ αυτών πιστεύουν ότι μαζί με την ελευθερία τους χάνουν και το δικαίωμα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Οι κρατούμενοι των φυλακών αποτελούν κομμάτι του πληθυσμού που θα έπρεπε να έχει περισσότερη ενημέρωση σε θέματα υγείας, με δεδομένο ότι οι συνθήκες

διαβίωσης στην διάρκεια του εγκλεισμού είναι εξαιρετικά δύσκολες και εγκυμονούν πολλούς κινδύνους. Η σύνθεση του πληθυσμού είναι τέτοια που για να υπάρξει αποτέλεσμα όσον αφορά στα προγράμματα Προαγωγής ψυχικής υγείας, αυτά θα πρέπει να στοχεύουν σε τρεις κατευθύνσεις (αποδέκτες):

1. Στο σύνολο του πληθυσμού των φυλακών θέτοντας γενικότερους κανόνες ομαλής συμβίωσης, όπως τη με συνέπεια τήρηση ημερησίου προγράμματος (εγερτήριο, κατάκλιση, φαγητό, κ.λ.π.).
2. Ατομικά, αφού η ιδιαίτερη πρόσκληση αναγνωρίζει την μοναδικότητα της προσωπικότητας του καθενός, στοιχείο που ο κατά μόνας διαβιών άνθρωπος της φυλακής έχει περισσότερο ανάγκη από τον μέσο πολίτη, γιατί εύκολα θα μπορούσε να θεωρήσει το σύνολο της κοινωνίας εχθρικό απέναντί του.
3. Ομαδικά, με την δημιουργία μικρών ομάδων με κοινά βιώματα και προβλήματα (π.χ. χρήστες ναρκωτικών ουσιών).

Η εκπόνηση τέτοιων προγραμμάτων από επιστημονικό προσωπικό, είτε μόνιμο, είτε με την μορφή εθελοντισμού, σε συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό και τις διοικήσεις των φυλακών, είναι βέβαιο ότι εκτός του ότι θα συνέβαλλε στην καλύτερη υγεία των εγκλειστων στις φυλακές, θα συντελούσε και στη μείωση της εμφάνισης κρουσμάτων εγκληματικότητας μετά την αποφυλάκιση, αφού θα λειτουργούσε αποτρεπτικά στην υποτροπή όσων αποφυλακίζονται, γιατί με αυτά τα προγράμματα η πολιτεία θα βοηθούσε ώστε ο κρατούμενος να μη νιώθει κυνηγημένος και αποκομμένος από τον κοινωνικό ιστό, να μην διακατέχεται από συμπλέγματα κατωτερότητας, και να ξεπερνά την ιδρυματοποίηση μετά την αποφυλάκισή του.

Πολλές φορές, όταν συμβαίνουν διάφορα προβλήματα στο χώρο των φυλακών, παρατηρούμε να επιδίδονται σε αγώνα δρόμου διάφοροι κοινωνικοί φορείς, επιστημονικοί σύλλογοι και Μ.Μ.Ε., για το ποιος θα συντάξει πρώτος και με λόγια συμπόνια κάποια από τις ανακοινώσεις, που στο σύνολό τους θα μπορούσαμε να τις χαρακτηρίσουμε υποκριτικές, αφού δεν συνοδεύονται από καμία περαιτέρω ενέργεια. Πώς άραγε η κοινωνία θα τείνει χείρα βοήθειας στην “μικρή” κοινωνία των φυλακών για να την εντάξει υγιή στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο; Οι προτάσεις είναι οι εξής:

- Βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία των κρατουμένων, αφού η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας θα μπορεί να

παρεμβαίνει προληπτικά αλλά και θεραπευτικά με διάφορες μεθόδους, απαλλάσσοντας από συμπτώματα όπως αυτά του πόνου ή των στερητικών φαινομένων που παρουσιάζουν κρατούμενοι – χρήστες ναρκωτικών ουσιών.

- Καλύτερευση στο μέτρο του δυνατού των συνθηκών διαβίωσης με μια σειρά παρεμβάσεων, όπως η δημιουργία της κατάλληλης κτιριακής υποδομής, η αποσυμφόρηση των φυλακών, οι καλύτερες υπηρεσίες παροχής υγείας, η ενασχόληση των κρατουμένων με κάποια εργασία, η δημιουργία βιβλιοθήκης και ο εμπλουτισμός της με βιβλία σχετικά με την υγεία (π.χ. πρώτες βοήθειες και μέτρα προφύλαξης από λοιμώδη νοσήματα).
- Η συμμετοχή σε δημιουργικές δραστηριότητες θα συμβάλει στην πνευματική ανάπτυξη και στην αναζήτηση καλύτερης ποιότητας ζωής.
- Η προαγωγή υγείας στο χώρο των φυλακών δεν μπορεί να είναι υπόθεση μόνο των παραγόντων που έχουν άμεση σχέση με το χώρο αλλά και άλλων κοινωνικών παραγόντων της κοινωνίας όπως τα πολιτικά κόμματα, η εκκλησία, η τοπική αυτοδιοίκηση, επιστημονικοί και κοινωνικοί φορείς.

Ως ανακεφαλαίωση, είναι απαραίτητο να αναφέρουμε το ότι ο ρόλος του ψυχολόγου είναι στιβαρός. Είναι ο άνθρωπος που θα πρέπει να δώσει λύσεις και να κερδίσει την εμπιστοσύνη όχι μόνο των εγκλείστων αλλά και των σωφρονιστικών υπαλλήλων. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ο ψυχολόγος θα πρέπει να έχει ένα ιδιαίτερο ρόλο σε μια κοινωνία που δίνει την αίσθηση ότι καταρρέει.

Πέρα από αυτά, μια προσωπική άποψη είναι ότι θα πρέπει να υπάρξουν και αλλαγές και στο ίδιο το σύστημα. Είναι γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των εγκλείστων στην Ελλάδα και συχνά μάλιστα πολλοί είναι καταδικασμένοι για μικροπαραπτώματα, όπως η κατοχή ναρκωτικών, που σε άλλες χώρες δεν θεωρούνται καν αδίκημα. Το αποτέλεσμα είναι να επηρεάζεται προς το χειρότερο η ψυχική υγεία ανθρώπων που δεν είχαν παρουσιάσει ως τώρα κάποιο πρόβλημα. Με τον τρόπο αυτό δυσχεραίνει και το γενικό επίπεδο ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Για το λόγο αυτό θα ήταν ιδιαίτερα θετικό και για το σύνολο του πληθυσμού αλλά και για τους ενδιαφερόμενους, να υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι όπως η κοινωνική

προσφορά έργου αντί για τον εγκλεισμό. Θα ήταν μια ιδιαίτερη λύση με θετικές συνέπειες για την ψυχική υγεία.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

Aaronson, N.K. (1989). Quality of life assessment in clinical trials: methodologic issues. *Control Clin Trials*, 10 (4), 195S-208S

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC: APA.

Andersen, H., S., Sestoft, D., Lillebæk, T., Mortensen, E., L., & Kramp, P. (1999). «Psychopathy and psychopathological profiles in prisoners on remand», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, σελ.: 33-39.

Andersen, H., S., Sestoft, D., Lillebæk, T. (2001). «Ganser syndrome after solitary confinement in prison: a short review and a case report», *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, σελ.: 199-201.

Barracough J, *Cancer and emotion: a practical guide to psycho-oncology*, 3rd ed.,

Borrill, J., Maden, A., Martin, A., Weaver, T., Stimson, G., Farrell, M., and Barnes, T. (2003) Differential substance misuse treatment needs of women, ethnic minorities and young offenders in prison: prevalence of substance misuse and



treatment needs (Home Office Online Report 33/03). London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate

Bouton, M.E., Mineka, S., Barlow, D.H. (2001). A Modern learning Theory Perspective an the Etiology of Panic Disorder. *Psychol Revue*, 108 (1), 4-32.

Brill L. (1971). Drug addiction, in *Encyclopedia of Social Work*, New York, NASW, p. 24.

Brill L. (1977). Drug addiction, in *Encyclopedia of Social Work*, New York, NASW, p. 30.

Brooker, C., Druggan, S., Fox, C., Mills, A., and Parsonage, M. (2008) *Short-changed: spending on prison mental health care*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg,, R. B., Pagano, M., Shea, M. T., Keller, M.B., (2005). Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12- Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*, 162, 6, 1179-1187

Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D. and Lewis, G. (2005) *Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity*. *American Journal of Psychiatry*, 2, 774–780.

Chandler, R.K., Fletcher, B.W. and Volkow, N.D. (2009), "Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety", *JAMA*, Vol. 301 No. 2, pp. 183-90.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale Am, Henrichs M, Carnicke CL, The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients, *Journal of the American Medical Association* 1983; 249:751-757.

Dwyer J, Reid S. Ganser´s syndrome. *Lancet*. 2004;364(31):471-3.

Eisenberg, U., (2000), *Kriminologie, Jugendstrafrecht, Strafvollzug*, 6. Aufl., C.H. Beck Verlag, München

Guyatt, G.H., Eagle, D.J., Sackett, B., Willan, A., Griffith, L., McIlroy, W., Patterson, C.J., Turpie, I. (1993). Measuring quality of life in the frail elderly. *J Clin Epidemiol*, 46, 1433- 1444.

Hollander, E., Kwon, J.H., Stein, D.J., Broatch, J., Rowland, C.T., Himelein, C.A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*, 57 (8), 3-6.

Jacobs, R.J., Davidson, J.R., Gupta, S., Meyerhoff, A.S. (1997). The effects of clonazepam on quality of life and work productivity in panic disorder. *Am J Manag Care*, 3, 1187-1196.

John Wiley, Chichester, 1994

Johnson, Yael Chatav Schonbrun, Jessica E. Nargiso, Caroline C. Kuo, Ruth T. Shefner, Collette A. Williams, Caron Zlotnick, (2013) "I know if I drink I won't feel anything": substance use relapse among depressed women leaving prison", *International Journal of Prisoner Health*, Vol. 9 Iss: 4, pp.169 - 186

Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., Burnam, M., Audrey, M. (1988). The epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in five US communities. *Arch of Gen Psychiatry*, 45, 1094-1099.

- Katon, W. (1996). Panic disorder: Relationship to high medical utilization, unexplained
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H., Bush, B. T., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E. H. & Polk, E. (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs, *General Hospital Psychiatry*, 12, 355-362
- Katon, W., Hollifield, M., Chapman, T., Mannuzza, S., Ballenger, J., Fyer, A. (1995). Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personality characteristics and functional disability. *J Psychiatr Res*, 29, 121-131.
- Kendrick, T. (1999). Primary care options to prevent mental illness. *Ann Med*, 31, 359-363.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Stein, M.B, Berglund, P. (1998) Social phobia subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 155, 613-619.
- Klein, D.F. (1980). Anxiety reconceptualised. *Comp Psychiatry*, 21, 411-437.

- Lteif, G.N., Mavissakalian, M.R. (1995). Life Events and Panic Disorder/Agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 36, (2), 118-122.
- Luke Birmingham, Debbie Mason, Don Grubin, (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners. Consecutive case study
- Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGinagle, K.A., Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 53, 159-168.
- Mancebo, M.C., Greenberg, B., Grant, J.E., Pinto, A., Eisen, J.L., Dyck, I., Rasmussen S.A. (2008). Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 49(1), 43-50.
- Markovitz, J.S., Weissman, M.M., Ouellette, R, Lish, J.D., Klerman, G.L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marks, I. (1988). Blood-Injury Phobia: A Review. *Am J Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Marks, I.M. (1970). The Classification of Phobic Disorders. *Brit J Psychiat*, 16, 377-386.
- Mavissakalian, M.P., Perel, J.M., Talbott-Green, M., Sloan, C. (1998). Gauging the effectiveness of extended imipramine treatment for panic disorder with agoraphobia. *Biol*
- Mendlowicz, M.V., Stein, M.B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 157, 669-682.

Monteiro, W., Marks, I.M., Ram, E. (1985). Marital Adjustment and Treatment Outcome in Agoraphobia. *Br J Psychiatry*, 146, 383-390.

Moritz, S., Meier, B., Hand, I., Schick, M., Jahn, H. (2004). Dimensional structure of the Hamilton depression rating scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*, 125, 171-80.

Ohry, A., Solomon, Z., Neria, Y., Waysman, M., Bar-On, Z., & Levy, A. (1994). The aftermath of captivity: A 18-year follow-up of Israeli ex-POWs. *Behavioral Medicine*, 20, 27-33.

Ormel, J., Von Korff, M., Ustun, B., Pini, S, Korten, A., Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA*, 272, 1741-1748.

physical symptoms, and medical cost. *J Clin Psychiatry* 57, 11-22.

*Psychiatry*, 43, 848-854.

Quilty, L. C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 17, 405-426.

Rapaport, M.H., Clary, C., Fayyad, R., Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 162, 1171-1178.

Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D. Jr., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Georg, L.K., Karno, M., Locke, B.Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United

States: based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 977-986.

Safren, S.A., Heimberg, R.G. Brown, E.J., Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depress Anxiety*, 4, 126-133.

Sartorius, N., Ustun, T. B., Costa E Silva, J. A., Goldberg, D. P., Lecrubier, Y. D., Ormel, J., Von Korff, M. & Wittchen, H. U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.

Schneier, F. R. (1997). Quality of life in anxiety disorders. In: H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (pp. 149–163). New York: Wiley.

Schneier, F.R., Heckelman, L.R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B.A., Gitow, A., Street, L., Del Bene, D., Liebowitz, M.R. (1994). Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*, 55 (8), 322-31.

Spiegel D, Cancer and depression, *British Journal of Psychiatry*, 1996; 168:109–116

Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P, Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life, *Journal of Clinical Oncology*, 2002; 20:3137–3148

Stein, M.B., Fyer, .A.J., Davidson, J.R.T., Pollack, M.H., Witt, B. (1999). Fluvoxamine treatment of social phobia (social anxiety disorder): a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 156, 756-760

Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Riedel-Heller, S., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2007). Quality of life in obsessive-compulsive

disorder: the different impact of obsessions and compulsions. *Psychopathol* 40(5), 282-289.

Unver,Y, Yuce,M., Bayram,N. and Bilgel,N. (2013) Prevalence of depression, anxiety, stress, and anger in Turkish prisoners, *J Forensic Sci.* 2013 Sep;58(5):1210-8

van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ, Psychological sequel of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980, *Psychosomatics*, 1997;59:280–293

Warwick, H.M. & Marks, I.M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *Br. J. Psychiatry*, 152, 239-241.

Weissman, M.M., Markowitz, J.S., Ouellette, R., Greenwald, S. and Kahn, J.P. (1990) Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from a community survey. *Am J Psychiatry*, 147, 1504-1508

Weissman, M.M., Olfson, M., Gameroff, M. J., Feder, A., Fuentes, M. (2001). A Comparison of Three Scales for Assessing Social Functioning in Primary Care. *Am J Psychiatry*, 158, 3, 460-466.

Wells, K. B., Stewart, A. L., Hays, R. D., Burnham, M. A., Rogers, W. H., Daniels, M., Berry, S. D., Greenfield, S. & Ware, J. E. J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.

Wittchen, H.U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry* 15, 46-58

### **Ελληνική βιβλιογραφία**

Αλεξιάδης, Στ., (2004). Εγκληματολογία. Δ΄ Έκδοση. Αθήνα, Σάκκουλας Αλεξιάδης, Σ. (1993) Σωφρονιστική. Θεσσαλονίκη: Σάκουλα

Αλοσκόφης, Ο. (2005). Κοινωνική και ποινική κατάσταση των κρατουμένων στη Δικαστική Φυλακή Κορυδαλλού, Δικαστική Φυλακή Κορυδαλλού

Αρχιμανδρίτου, Μ.(2000). Η ανοικτή έκτιση της ποινής , Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Δασκαλάκη, Η., Παπαδοπούλου, Δ., Τσαμπαρλή, Δ., Φρονίμου, Ε., (1999). Φυλακισμένοι , πρώην φυλακισμένοι και κοινωνικός αποκλεισμός στο Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα, Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής, Τόμος Α΄ Αθήνα, ΕΚΚΕ

ΕΚΤΕΠΝ, (2009). Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση των Ναρκωτικών και των Οικογενειακών στη Ελλάδα, Αθήνα.

Ζαφειρίδης, Φ. (1989). Βασικές θέσεις στο πρόβλημα της χρήσης εξαρτητικών ουσιών», Κοινωνική Εργασία, τ. 15, σελ. 157 -162

Θεμελή, Ο. (2000). Εγκλεισμός και υγεία – η κατάλυση ενός ακόμα έννομου αγαθού.

Κασβίκης, Γ. (1992). Επιδημιολογία και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά νευρώσεων με ένδειξη για θεραπεία συμπεριφοράς. Στο: Ν.Ε Δέγλερης, Α. Καλατζή-Αζίζι: Θέματα Ψυχοθεραπείας Συμ - . Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.



- Κασβίκης, Γ., Σκαλούμπακα, Δ. & Μυτσκίδου, Π. (2003). Η επίδραση της θεραπείας έκθεσης στην απόδοση ελέγχου 36 αγοραφοβικών ασθενών. *Ψυχιατρική*, 14, 191-199.
- ΚΕΘΕΑ, (2007). Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και συνθήκες χρήσης των ατόμων που απευθύνθηκαν στα Συμβουλευτικά Κέντρα του ΚΕΘΕΑ τα έτη από 2000 έως και 2006", Αθήνα.
- Κουμαντάνου, Ε., Σωτηροπούλου, Π., Πούλου, Κ., Κασβίκης, Γ. (2004). Δημογραφικά και φαινομενολογικά χαρακτηριστικά 60 Ελλήνων Ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική
- Λιάππας Γ. (2003). *Ναρκωτικά*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη
- Λιβανού, Μ., Κασβίκης, Γ., Μπούτου, Φ. (2006). Κοινωνική Φοβία: Φαινομενολογία, κλινική εικόνα και αποτελεσματικές θεραπείες. *Ψυχολογία*, 13 (4), 95-110.
- Μπιλανάκης Ν., Αποστόλου Γ., (2006), *Επικράτηση της Ηπατίτιδας C σε ασθενείς Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου*, *Ψυχιατρική*, 17 (1): 43-48
- Ντώνιας, Στ. (1994). Ψυχολογική – Ψυχιατρική διάσταση της εξάρτησης από ουσίες, *Κοινωνική Εργασία*, τ. 35, σελ. 169 -175
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.
- Παπαθεοδώρου,Θ. (2002). Οργάνωση και Λειτουργία του Σωφρονιστικού Συστήματος στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, σελ 17-29

Ποταμιάνος Γ. (1987) «Αλκοολισμός: Θεραπευτική προσέγγιση στα πλαίσια τη κοινοτικής ψυχικής υγιεινής», στο Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση, Εκδ. Ειρήνη, Αθήνα, σ. 7-11

Ποταμιάνος Γ. (1990) «Νόμιμες ουσίες εξάρτησης: Αλκοόλ», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Τσαρούχας Κ. (2000) «Αλκοόλ- Ένα σκληρό ναρκωτικό», εκδ. Άγκυρα, Αθήνα

Χαΐδου, Α. (2002). Το σωφρονιστικό σύστημα – ζητήματα θεωρίας και πρακτικής, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

Χελιώτης,Λ. (2012). 'Suffering at the hands of the state: conditions of imprisonment and prisoner health in contemporary Greece', European Journal of Criminology Sep 2012,9(1) 3 –22

#### Πηγές από το διαδίκτυο

Πανάγος, (2008),Πρωτοβουλία για τα δικαιώματα των κρατουμένων στο [www.athens.Indymedia.org](http://www.athens.Indymedia.org)

Medlook(2001), Σχιζοφρένεια στο [http://www.medlook.net/article.asp? item\\_id =801](http://www.medlook.net/article.asp? item_id =801)