

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: **ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ**

ΖΑΦΕΙΡΙΔΟΥ ΦΑΝΗ
Α. Μ. 1498

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. ΓΙΟΒΑΖΟΛΙΑΣ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Περίληψη.....	σελ. 1
2. Λέξεις κλειδιά.....	σελ. 1
3. Εισαγωγή.....	σελ. 1
4. Η Φυλακή.....	σελ. 2
4.1. Οι ποινές.....	σελ.3
4.2. Τα δεινά του εγκλεισμού.....	σελ.4
4.3. Τα δικαιώματα των κρατουμένων.....	σελ.5
5. Συμβουλευτική στις φυλακές.....	σελ.5
5.1 Ορισμός σωφρονιστικής συμβουλευτικής.....	σελ.6
5.2 Ο ορισμός του σωφρονιστικού ψυχολόγου.....	σελ.6
5.3 Ιστορική Αναδρομή.....	σελ.6
5.4 Οι αρμοδιότητες του σωφρονιστικού ψυχολόγου.....	σελ.7
5.5 Παρέμβαση σε κρίση.....	σελ.7
5.6 Εργαλεία διάγνωσης και θεραπείας.....	σελ.8
5.7 Προσωπικό Φυλακών.....	σελ.8
6. Εκφοβισμός μεταξύ των κρατουμένων.....	σελ.9
6.1 Ορισμός του φαινομένου.....	σελ.9
6.2 Μορφές εκφοβισμού.....	σελ.10
6.3 Χαρακτηριστικά θυμάτων.....	σελ.12
6.4 Αίτια του φαινομένου.....	σελ.12
6.5 Αποτελέσματα εκφοβισμού.....	σελ.13
6.6 Αντιμετώπιση του φαινομένου.....	σελ.14
7. Οι κρατούμενοι με ψυχικές διαταραχές.....	σελ.14
7.1 Στατιστικά ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις φυλακές.....	σελ.15
7.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εγκλείστων.....	σελ.15
7.3 Κρατούμενοι με τάσεις αυτοκτονίας.....	σελ.16
7.4 Χαρακτηριστικά κρατουμένων με ψυχικές διαταραχές.....	σελ.16
7.5 Ψυχικές διαταραχές που συναντώνται στους εγκλείστους των φυλακών.....	σελ.17
7.6 Οι ανάγκες των κρατουμένων και οι παρεμβάσεις.....	σελ.18
8. Οι μεταδιδόμενες ασθένειες στις φυλακές.....	σελ.19
8.1 Η φυματίωση.....	σελ.20

8.2 Η ηπατίτιδα.....	σελ.20
8.3 Μέτρα πρόληψης και θεραπεία.....	σελ.21
9. Οι κρατούμενοι με προβλήματα εξάρτησης.....	σελ.22
9.1 Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση απαγορευμένων ουσιών.....	σελ.22
9.2 Είδη Ουσιών.....	σελ.23
9.3 Έγκλειστοι με διάγνωση «διπλής» διαταραχής.....	σελ.23
9.4 Παρεμβάσεις.....	σελ.23
10. Θεραπευτικές παρεμβάσεις στο περιβάλλον των φυλακών.....	σελ.25
10.1 Ομαδική θεραπεία.....	σελ.25
10.2 Ατομική συμβουλευτική.....	σελ.26
10.3 Γνωστικό- συμπεριφοριστική θεραπεία.....	σελ.26
10.4 Παρεμβάσεις σε οικογενειακό επίπεδο.....	σελ.27
11. Επίλογος.....	σελ.28
12. Βιβλιογραφία.....	σελ.30

1.ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στο περιβάλλον των φυλακών και στις προσπάθειες θεραπευτικής παρέμβασης στους κρατούμενους που χρήζουν βοήθειας. Εξετάστηκαν συγκεκριμένες ομάδες κρατουμένων με διαφορετικά προβλήματα όπως είναι τα άτομα με προβλήματα εξάρτησης από αλκοόλ και ναρκωτικά, τα άτομα που εμπλέκονται σε εκφοβισμό (θύτες/θύματα), άτομα με ψυχικές διαταραχές και άτομα που έχουν προσβληθεί από μεταδιδόμενες ασθένειες ή αποτελούν ομάδες υψηλού κινδύνου. Προτείνονται θεραπευτικές παρεμβάσεις για όλες τις ομάδες κρατουμένων και γίνεται αναφορά στους περιορισμούς εφαρμογής τους και σε πεδία μελλοντικής έρευνας.

2.ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Συμβουλευτική κρατουμένων, μεταδιδόμενες ασθένειες, φυλακισμένοι με ψυχικές διαταραχές, ναρκωτικά και φυλακές, εκφοβισμός κρατουμένων

3.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το περιβάλλον των φυλακών έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών σε διάφορες χώρες του κόσμου. Η κουλτούρα που αναπτύσσεται μέσα στα σωφρονιστικά καταστήματα, η έκταση των ποινών, οι εναλλακτικές μορφές κράτησης, οι κανονισμοί που διέπουν την λειτουργία τους, τα προβλήματα και τα δικαιώματα των κρατουμένων αποτελούν συχνά πεδία προς έρευνα. Ο ρόλος της φυλακής εμφανίζεται διττός, αφενός να τιμωρεί τον παραβάτη και αφετέρου να επιδιώκει τον σωφρονισμό και την επανένταξη του (Watson, Stimpson & Hostick, 2004).

Οι κρατούμενοι αντιλαμβάνονται και βιώνουν με διαφορετικό τρόπο και ένταση τις εμπειρίες τους μέσα στην φυλακή (Abrams, Kim & Anderson-Nathe, 2005). Το περιβάλλον αυτό χαρακτηρίζεται μονότονο, χωρίς ερεθίσματα και με ισχυρή προσκόλληση στην ρουτίνα, χαρακτηριστικά που δημιουργούν διάφορα προβλήματα στην προσωπικότητα και την ψυχική υγεία του κρατουμένου ενώ κάποια προβλήματα

που μπορεί να προϋπήρχαν επιδεινώνονται σε μεγάλο βαθμό (Black, James, Evan & Rogers, 2007).

Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται σε μεγάλο ποσοστό ανάμεσα στους εγκλείστους, με τις περισσότερες από αυτές να οφείλονται στο δύσκολο και δύσκαμπτο περιβάλλον των σωφρονιστικών καταστημάτων, στο περιθωριοποιημένο κοινωνικό περιβάλλον που ζούσε το άτομο και στο ευάλωτο του χαρακτήρα του. Η έλλειψη δομών για τους παραβάτες με ψυχικές διαταραχές τείνει να μετατρέψει τις φυλακές τα νέα ιδρύματα για ψυχικά ασθενείς (Abramowitz, 2005).

Στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι περιλαμβάνονται η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ, οι μεταδιδόμενες ασθένειες που αφορούν την φυματίωση, την ηπατίτιδα, το AIDS και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Niveau, 2006) και οι συμπεριφορές εκφοβισμού και εκβιασμού που έχουν ως αποτέλεσμα έντονη ψυχολογική πίεση και προβλήματα. (Ireland & Monaghan, 2006).

Ειδικευμένο προσωπικό έχει αναλάβει ενεργό ρόλο για την ψυχολογική υποστήριξη των κρατουμένων και των οικογενειών τους καθώς και τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων. Στην θεραπεία των εγκλείστων συμμετέχουν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσοκόμες καθώς και μέλη του προσωπικού ασφαλείας των φυλακών (Morgan, Kroner & Mills, 2006). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται τόσο σε ατομικό (Bye & Schillinger, 2005) όσο και σε ομαδικό επίπεδο (Pallone & Hennessy, 2002) και συχνά περιλαμβάνει και την οικογένεια του παραβάτη (Abrams και συν., 2005). Οι προσπάθειες παρέμβασης εκτός από την θεραπευτική τους πλευρά έχουν ως τελικό στόχο την ομαλή επανένταξη του ατόμου στην κοινωνία και συνεπώς την μείωση του ποσοστού επανάληψης της παραβατικής πράξης.

4.Η ΦΥΛΑΚΗ

Η φυλακή αποτελεί ένα θεσμό που επιδιώκει να συνδυάσει δύο διαφορετικούς θεσμούς αντιφατικούς μεταξύ τους . Αφ' ενός στοχεύει στην απομάκρυνση των ατόμων που θεωρούνται ότι βλάπτουν την κοινωνία και στην παραδειγματική τιμωρία τους και αφ' ετέρου επιδιώκει την επανένταξή τους σε αυτήν, μέσω του σωφρονισμού που επιτελεί (Χαΐδου, 2002). Ο Watson και οι συνεργάτες του (2004) υποστηρίζουν την άποψη της Χαΐδου τονίζοντας ότι η φυλακή έχει ως σκοπό την τιμωρία, τον

σωφρονισμό και την πετυχημένη επανένταξη. Ο σωφρονισμός απαιτεί από τον έγκλειστο την προσαρμογή του στις αξίες, τα ήθη, τον τρόπο σκέψης και στην υποκοουλτούρα των φυλακών με αποτέλεσμα την αλλοίωση της προσωπικής του ταυτότητας και μοναδικότητας (Paterline & Petersen, 1999).

Σύμφωνα με τον Goffman (1994), οι φυλακές αποτελούν το πιο χαρακτηριστικό και αντιπροσωπευτικό παράδειγμα ολοπαγούς ιδρύματος. Το ολοπαγές ίδρυμα ορίζεται ως «ένας τόπος διαμονής και εργασίας όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, αποκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, διάγουν μαζί μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη καθημερινότητα. Εκτός από τις φυλακές, ολοπαγή ιδρύματα αποτελούν και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Η Αρχιμανδρίτου επιχειρώντας μια μικρή ιστορική αναδρομή υποστηρίζει ότι κατά το 18^ο αιώνα συντελείται ένας σημαντικός μετασχηματισμός, ο οποίος συνίσταται στο πέρασμα από τις σωματικές ποινές στην ποινή της φυλάκισης. Στη συνέχεια ο ρόλος της ποινής καθίσταται απλά «φυλακτικός» και το σώμα των κρατουμένων αποτελεί πλέον «αντικείμενο» πειθαρχικής παρέμβασης (Αρχιμανδρίτου, 2000).

Στην Ελλάδα υπάρχουν 27 σωφρονιστικά ιδρύματα και τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δίνουν 8038 κρατούμενους, από τους οποίους 5732 έχουν καταδικαστεί και 2306 έχουν παραπεμφθεί σε δίκη. Από αυτούς οι 964 είναι ανήλικοι κάτω των 18 ετών. Παρόλο που ο πληθυσμός των φυλακών στην Ελλάδα είναι πολύ χαμηλός σε σχέση με τις Ευρωπαϊκές Χώρες, ο αριθμός αυξάνεται σταδιακά και οι μισοί από τους εγκλείστους είναι αλλοδαποί. (47.5%) (Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotou & Xenitidis, 2006).

Στη φυλακή ο κρατούμενος βιώνει μια επώδυνη κατάσταση και αναπτύσσει τέτοιες στρατηγικές και άμυνες ώστε να τον καταστήσουν ικανό να επιβιώσει κάτω από τις δύσκολες και καινούργιες γι' αυτόν συνθήκες ζωής. Συγκεκριμένα έρχεται ίσως για πρώτη φορά αντιμέτωπος με την «ανικανότητα» του για αυτόνομη δράση, λήψη πρωτοβουλιών, επιλογών και αποφάσεων (Χαΐδου, 2002).

4.1 Οι ποινές: Ο Ποινικός Κώδικας της Ελλάδας προβλέπει 2 κατηγορίες ποινών:

α) τις Κύριες:

που μπορούν να επιβληθούν από τα δικαστήρια αυτοτελώς, μόνες τους, χωρίς να εξαρτώνται από προηγούμενη ποινή και είναι οι στερητικές της ελευθερίας ποινές (κάθειρξη,, φυλάκιση, κράτηση) και οι χρηματικές ποινές.

β) τις Παρεπόμενες ποινές:

που επιβάλλονται πάντα μαζί με μια κύρια ποινή και είναι: η αποστέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων, η άσκηση επαγγέλματος, η δημοσίευση της καταδικαστικής απόφασης και η δήμευση της περιουσίας (Ραφτόπουλος, 1998).

4.2 Τα δεινά του εγκλεισμού: Όταν αναφερόμαστε στα δεινά του εγκλεισμού εννοούμε τις δυσάρεστες καταστάσεις που βιώνει ο έγκλειστος καθώς και η έλλειψη θεμελιωδών υπηρεσιών που ο έγκλειστος είναι αναγκασμένος να αντιμετωπίσει (Paterline & Petersen 1999). Πρώτος ο Sykes το 1958 έδωσε τον ορισμό αναφερόμενος στις δυσάρεστες αυτές καταστάσεις (βλ. Riley, 2002) οι οποίες αναφέρονται στην στέρηση της ελευθερίας που ορίζεται ως ο περιορισμός των κινήσεων και η κοινωνική απομόνωση, τα κοινωνικά αγαθά και οι υπηρεσίες, οι ετεροεξουαλικές σχέσεις και η προσωπική αυτονομία και ασφάλεια.

Οι παραπάνω στέρσεις προκαλούν πόνο και έντονα δυσάρεστα συναισθήματα στα άτομα και απειλούν την αίσθηση της προσωπικής αξία, του αυτοσεβασμού και της ταυτότητας του ατόμου (Viggiani, 2007). Σύμφωνα ,όμως, με τον Windzio (2006) τα δεινά του εγκλεισμού αποτελούν αποτρεπτικό παράγοντα υποτροπιασμού. Υποστηρίζει ότι οι κρατούμενοι μετά την αποφυλάκισή τους και έχοντας βιώσει το «κοινωνικό κόστος», τα αγαθά δηλαδή που στερήθηκαν κατά την διάρκεια του εγκλεισμού και τις δυσάρεστες εμπειρίες που βίωσαν, αποθαρρύνονται από οποιαδήποτε προσπάθεια εγκληματικής ενέργειας. Τη θέση του αυτή όμως δεν φαίνεται να επιβεβαιώνουν τα στατιστικά των ατόμων που επαναλαμβάνουν την παραβατική πράξη.

Ο σχεδιασμός και το περιβάλλον των φυλακών συνεπάγονται με έλλειψη προσωπικού χώρου, απομόνωση από οικεία καθημερινά περιβάλλοντα, υπέρμετρο έλεγχο στην συμπεριφορά του ατόμου μέσα από την ιδρυματική ρουτίνα και περιορισμός σε περιβάλλοντα χωρίς ερεθίσματα (Swann, 1998). Επιπλέον, ο υπερπληθυσμός των φυλακών και η έλλειψη ιατρικής φροντίδας αποτελούν μορφές ασυνήθιστης τιμωρίας, που σύμφωνα ωστόσο με τις αρμόδιες αρχές δεν είναι αντισυνταγματικές εφόσον δεν υπάρχει πρόθεση τιμωρίας (Mitchell, 2003). Ο στιγματισμός της ποινικής καταδίκης και ο εγκλεισμός στη φυλακή που ακολουθούν τον κρατούμενο μετά την αποφυλάκισή του δημιουργούν επιπρόσθετα δυσάρεστα συναισθήματα, επιφέρουν μακροχρόνιες συνέπειες, μειωτικές για την προσωπικότητα του φυλακισμένου που οδηγούν συχνά και στον κοινωνικό αποκλεισμό (Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, Κακκαλής, Σπινέλλης, & Τσητσούρα, 1997).

4.3 Τα δικαιώματα των κρατουμένων: Η Χάϊδου (2002) υποστηρίζει ότι η επιβολή ποινής θα πρέπει να ασκείται με σεβασμό να μην είναι ταπεινωτική, να αμβλύνονται οι δυσμενείς συνέπειες της στέρησης της ελευθερίας, να διασφαλίζεται η αξιοπρέπεια των εγκλείστων και να ενθαρρύνεται ο αυτοσεβασμός και η ανάπτυξη της ευθύνης. Ο κάθε κρατούμενος έχει δικαίωμα να γνωρίζει τη πειθαρχική κατηγορία που είναι εις βάρος του και έχει δικαίωμα να υπερασπιστεί τον εαυτό του και ακόμα έχει το δικαίωμα να δέχεται επισκέψεις και να επικοινωνεί με το εξωτερικό περιβάλλον είτε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, είτε με τηλεγραφήματα ή επιστολές. Σύμφωνα με το Δικαστικό σύστημα των ΗΠΑ η ιατρική και σωματική φροντίδα, οι συνθήκες διαβίωσης, η παραχώρηση δικαιώματος της έκφρασης θρησκευτικών δοξασιών, του δικαιώματος υπεράσπισης στο δικαστήριο και η μη ανοχή προσβολών από αστυνομικούς αποτελούν αδιαμφισβήτητα δικαιώματα των κρατουμένων (Mitchell, 2003).

Η καταπάτηση των δικαιωμάτων του κρατουμένου περιορίζουν και αυτά του ευρύτερου οικογενειακού του περιβάλλοντος, είτε λόγω των κοινωνικών αντιλήψεων, είτε από τις αρνητικές επιπτώσεις στο επίπεδο ζωής, στη εκπαίδευση-μόρφωση των παιδιών και σε ότι άλλο επιδρά η έλλειψη εισοδήματος του ενός από τους δύο γονείς. (Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου και συν., 1997). Η συμβουλευτική κρατουμένων απευθύνεται τόσο στους παραβάτες όσο και στις οικογένειές τους παρέχοντας παρεμβάσεις για την υποστήριξή τους και την επιτυχή επανένταξη των ατόμων.

5. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ

Το σύστημα της φυλακής περιλαμβάνει πολλούς ειδικούς επαγγελματίες με διάφορες αρμοδιότητες όπως είναι το προσωπικό ασφαλείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και το νοσηλευτικό προσωπικό (Davies, Heyman, Godin, Shaw, & Reynolds, 2006).

Ο ψυχολόγος στις φυλακές θα πρέπει να προσφέρει τις υπηρεσίες του χωρίς διακρίσεις δίχως να επηρεάζεται από την εθνικότητα, το χρώμα, τη θρησκεία, το φύλο, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή κάποια ανεπάρκεια του κρατουμένου (AACRP, 1999). Ακόμα, ο ψυχολόγος θα πρέπει να αντιμετωπίζει με αξιοπρέπεια τον εγκλειστο, να διακρίνεται από εμπιστευτικότητα, ορθότητα, ειλικρίνεια και επάρκεια, και να προστατεύει τα εμπιστευτικά αρχεία των κρατουμένων (Haag, 2006).

Στα σωφρονιστικά καταστήματα ο ψυχολόγος μπορεί να αντιμετωπίσει ορισμένα ηθικά διλήμματα, σε σχέση με τα λεγόμενα των εγκλείστων κατά της διάρκειας της θεραπείας που είναι εμπιστευτικά και αφορούν σχέδιο απόδρασης, σωματική βλάβη του κρατούμενου ή κάποιου άλλου συγκρατούμενου. Το ηθικό αυτό δίλημμα θα πρέπει ο ψυχολόγος να το αντιμετωπίσει με διακριτικότητα χωρίς να προδώσει την εμπιστοσύνη του εγκλείστου και χωρίς να επιτρέψει άνομες πράξεις (Haag, 2006). Τέλος, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πρέπει να ισορροπήσουν μεταξύ της βοήθειας που προσφέρουν στους κρατούμενους με ψυχικά προβλήματα και στον αυστηρό έλεγχο, την ασφάλεια και την στρατιωτική δομή των σωφρονιστικών καταστημάτων για να πραγματοποιήσουν την θεραπευτική τους προσέγγιση (Bonner & Vandecreek, 2006)

Η ενότητα αυτή αναφέρεται στον ορισμό της σωφρονιστικής συμβουλευτικής και του ψυχολόγου των φυλακών, στην ιστορική αναδρομή, στις παρεμβάσεις και τα εργαλεία διάγνωσης που χρησιμοποιεί ο ψυχολόγος.

5.1 Ορισμός Σωφρονιστικής Συμβουλευτικής: Η συμβουλευτική κρατουμένων ή σωφρονιστική συμβουλευτική είναι το είδος της θεραπείας που χρησιμοποιείται σε εγκλείστους σωφρονιστικών καταστημάτων. Περιλαμβάνει την επαφή «έναν προς ένα» μεταξύ του πελάτη και του συμβούλου ή την ομαδική θεραπεία, απευθύνεται στον έγκλειστο παραβάτη, στην οικογένεια του και στο περιβάλλον που πρόκειται να δεχτεί τον παραβάτη μετά την αποφυλάκισή του. Η συμβουλευτική κρατουμένων δεν είναι εθελοντική, δηλαδή, ο κρατούμενος -πελάτης δεν συμμετέχει με την θέληση του στην συμβουλευτική διαδικασία, δεν ρωτάται αν επιθυμεί τις συμβουλές του θεραπευτή και δεν έχει δικαίωμα επιλογής (Kratcoski, 1981).

5.2 Ο ορισμός του σωφρονιστικού ψυχολόγου: Είναι ο ψυχολόγος που συνεργάζεται απευθείας με το σωφρονιστικό σύστημα ή δουλεύει για αυτό, και έχει την αρμοδιότητα να εφαρμόζει και να σχεδιάζει ψυχολογικές παρεμβάσεις και προγράμματα σε εγκλείστους (Haag, 2006). Θα πρέπει να διακρίνεται από συγκεκριμένες ακαδημαϊκές γνώσεις (σε διδακτορικό επίπεδο ή τουλάχιστον σε μεταπτυχιακό-Msc) ή πρόγραμμα εκπαίδευσης στην Σωφρονιστική φιλοσοφία του συστήματος, στον δικανικό τρόπο γραψίματος, και στα προγράμματα που αφορούν την μείωση του υποτροπιασμού και της επανάληψης της εγκληματικής πράξης (AACCP, 1999).

5.3 Ιστορική Αναδρομή: Το 1957 ιδρύεται η Αμερικάνικη Ένωση Σωφρονιστικών Ψυχολόγων (American Association of Correctional Psychologists) όπου για πρώτη

φορά συναντάται το 1953 με το όνομα Society of Correctional Psychologists. Το ίδιο όνομα φαίνεται να διατηρεί μέχρι σήμερα με μία μικρή διαφορά, ονομάζεται πλέον American Association for Correctional and Forensic Psychology. Το πρώτο περιοδικό Σωφρονιστικής ψυχολογίας εκδίδεται το 1956 με τίτλο Journal of Correctional Psychology (Bartol & Freeman, 2005).

5.4 Οι αρμοδιότητες του σωφρονιστικού ψυχολόγου: Περιλαμβάνουν την εκτίμηση και αξιολόγηση της κατάστασης του εγκλείστου, τη διάγνωση, την θεραπεία, υπηρεσίες επανένταξης, έρευνα, συμβουλευτική υποστήριξη, εκπαίδευση του προσωπικού των φυλακών και η στήριξη των κρατουμένων σε όλα τα στάδια της παρέμβασης αλλά και σε όλη την διάρκεια της κράτησης τους (AACP, 1999).

Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, η λήψη του ιστορικού του κρατούμενου, ο σχεδιασμός προγραμμάτων παρέμβασης για την εξάρτηση του εγκλείστου από παράνομες ουσίες, η περιθωριακή κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Davies και συν., 2006), αλλά ακόμα η αναγνώριση, η διαχείριση και η θεραπεία σοβαρών ψυχικών διαταραχών των εγκλείστων εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του σωφρονιστικού ψυχολόγου (AACP, 1999).

Τα συνηθέστερα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει είναι κρίσεις θυμού, κατάθλιψη, ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, σεξουαλικής φύσεως προβλήματα και κατάχρηση ουσιών (Boothby & Clements, 2000). Επιπρόσθετα σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι είναι διαταραχές ύπνου, αυτοκτονική και αυτό-τραυματική συμπεριφορά καθώς και διαταραχή μετά από τραυματικό στρες (AACP, 1999).

5.5 Παρέμβαση σε κρίση: Μία από τις βασικές δραστηριότητες του σωφρονιστικού ψυχολόγου είναι η παρέμβαση σε κρίση, η οποία πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν πιο γρήγορα και όχι αργότερα από 24 ώρες (AACP, 1999). Σύμφωνα με τον Kratcoski (1981), κάθε παραβάτης που έχει υποβληθεί σε διορθωτική θεραπεία έχει ήδη την εμπειρία μιας σειράς από κρίσεις που περιλαμβάνουν την σύλληψη του, την προφυλάκιση του, τις ακροάσεις στο δικαστήριο, την δίκη και τέλος την καταδικαστική απόφαση και την φυλάκιση του. Είναι πιθανό ο παραβάτης στη διάρκεια αυτών των κρίσεων να μην έχει δεχτεί καμία βοήθεια από κάποιον ειδικό εκτός από αυτή του δικηγόρου του.

Οι κρίσεις αυτές συνήθως συμβαίνουν όταν ένας κρατούμενος πέσει θύμα ομοφυλοφιλικού βιασμού, όταν μάθει ότι ένα αγαπημένο του πρόσωπο πέθανε ή είναι

άρρωστο βαριά, όταν καταβάλλεται από έντονο άγχος ή άλλα συναισθηματικά προβλήματα που είναι αποτελέσματα της φυλάκισης του. Επιπλέον, όταν ο κρατούμενος ενημερώνεται για θέματα όπως η οικονομική κρίση στην οικογένεια του, όταν ο/η σύζυγος ζητάνε διαζύγιο, εμπειρίες σε σχέση με κατάχρηση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, προσπάθειες αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού. Η συμβουλευτική θεραπεία στις περιπτώσεις κρίσεις είναι απαραίτητος πιο έντονος, πιο άμεσες και διαφορετικής φύσεως από την συμβουλευτική που σχεδιάζεται μακροπρόθεσμα σε λιγότερο αγχογόνες καταστάσεις (Kratcoski,1981).

5.6 Εργαλεία διάγνωσης και θεραπείας : Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στις φυλακές χρησιμοποιούν ορισμένα τεστ ευρέως γνωστά για την διάγνωση ψυχικών διαταραχών των κρατουμένων. Ανάμεσα σε αυτά τα πιο συνήθη είναι Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI, MMPI-2), το Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI), το τεστ κηλίδων του Rorschach, το Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) και το Wechsler Memory Scale. Ωστόσο, θα πρέπει να τονίσουμε ότι τα παραπάνω τεστ εφαρμόζονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα των Ηνωμένων Πολιτειών και του Καναδά και όχι στην Ελλάδα. Στο θεραπευτικό κομμάτι της παρέμβασης χρησιμοποιούνται διάφορες προσεγγίσεις ανάλογα με τον εκάστοτε κρατούμενο, την προσωπικότητα του και τις αξίες του. Ανάμεσα στις πιο συχνές είναι το γνωστικό μοντέλο, το συμπεριφοριστικό και η λογικό- θυμική θεωρία (Boothby & Clements, 2000).

5.7 Προσωπικό Φυλακών: Εκτός από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στα προγράμματα παρέμβασης και επανένταξης συμμετέχει και το προσωπικό της φυλακής. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κορέα από τους Moon και Maxwell (2004) ο προσανατολισμός και οι αξίες του προσωπικού των φυλακών μπορεί να επηρεάσουν την σχέση που αλληλεπιδράσής τους με τους κρατούμενους. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι όσο πιο μεγάλης ηλικίας είναι ο φύλακας και όσο μεγαλύτερη εμπειρία έχει τόσο πιο θετικός είναι απέναντι στα προγράμματα παρέμβασης, συμβουλευτικής και επανένταξης. Αντίθετα, η ίδια έρευνα έδειξε ότι όσο πιο ευχαριστημένος είναι ο φύλακας από την δουλειά του τόσο δυσκολότερο είναι να υποστηρίξει τα προγράμματα αυτά και επίσης εμφανίζεται πιο σκληρός με τους κρατούμενους.

Προγράμματα παρέμβασης και συμβουλευτικής πραγματοποιούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες και στον Καναδά κυρίως. Στην Ελλάδα τα προγράμματα αυτά είναι σε

αρκετά πρώιμο στάδιο, με την αποσυμφόρηση των φυλακών λόγω του υπερπληθυσμού, να αποτελεί βασικό μέλημα των υπευθύνων φορέων.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι μέσα στις φυλακές, ξεκινώντας από τον εκφοβισμό που δέχονται, και στην συνέχεια τις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να αντιμετωπίζουν, τις μεταδιδόμενες ασθένειες και τα προβλήματα εξάρτησης.

6.ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

Ο εκφοβισμός είναι ένα φαινόμενο που λαμβάνει χώρα στα σχολεία, σε διάφορες δομές (όπως νοσοκομεία, στρατόπεδα, κ.α.), αλλά συμβαίνει έντονα και στις φυλακές. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει εποπτεία και φύλαξη το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει αρχίσει να παίρνει μεγάλες διαστάσεις.

6.1 Ορισμός του φαινομένου: Εκφοβισμός είναι μία υποκατηγορία επιθετικής συμπεριφοράς η οποία μπορεί να περιλαμβάνει είτε άμεση επιθετική συμπεριφορά όπως σωματική, λεκτική και σεξουαλική κακοποίηση είτε έμμεση επιθετική συμπεριφορά όπως η περιθωριοποίηση, η εξάπλωση φημών, η γελοιοποίηση (Ireland & Monaghan, 2006). Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το φαινόμενο του εκφοβισμού και ο Farrington (1993, βλ. South & Wood, 2006) έχει αναγνωρίσει 5 βασικά χαρακτηριστικά του φαινομένου, που είναι: α) περιέχει σωματική, ψυχολογική ή λεκτική κακοποίηση, β) περιλαμβάνει ανισότητα δύναμης, γ) είναι μη προκαλούμενη ενέργεια, δ) είναι επαναλαμβανόμενη ε) είναι δυνατό να προκαλέσει φόβο ή βλάβη στο θύμα.

Ο παραπάνω ορισμός, ωστόσο, είναι δύσκολο να εφαρμοστεί στις φυλακές, όπου κάποια από τα χαρακτηριστικά δεν συναντώνται και κάποια άλλα έχουν διαφορετική σημασία κυρίως λόγω της υποκουλτούρας της φυλακής και των κανόνων της. Γι' αυτό οι Ireland και Ireland (2003, βλ. South & Wood, 2006) πρότειναν τον εξής ορισμό: «ένα άτομο στην φυλακή δέχεται εκφοβισμό όταν είναι το θύμα άμεσης ή έμμεσης επιθετικότητας που συμβαίνει σε εβδομαδιαία βάση από τον ίδιο ή διαφορετικό δράστη. Μεμονωμένα περιστατικά επιθετικότητας μπορούν επίσης να θεωρηθούν εκφοβισμός, ειδικότερα όταν τα περιστατικά αυτά είναι σοβαρά και όταν τα άτομα πιστεύουν ή φοβούνται ότι θα πέσουν ξανά θύματα εκφοβισμού στο μέλλον. Επίσης, ένα περιστατικό μπορεί να θεωρηθεί εκφοβισμός αν το θύμα

πιστεύει ότι οι άλλοι γίνονται επιθετικοί απέναντί του, ανεξάρτητα από τις προθέσεις του εκφοβισμού. Ακόμα, μια πράξη μπορεί να θεωρηθεί εκφοβισμός όταν η ανισότητα της δύναμης μεταξύ του δράστη και του θύματος δεν είναι ξεκάθαρη και απλά υπονοείται.» (South & Wood, 2006).

6.2 Μορφές εκφοβισμού: Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο εκφοβισμός μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση μορφή επιθετικότητας. Στις φυλακές η **έμμεση επιθετικότητα** παίρνει τις εξής μορφές: προσβολές (σεξουαλικού και μη περιεχομένου), λεκτική κακοποίηση, η προσφώνηση ονόματος με ρατσιστικά ή υβριστικά συνοδευτικά επίθετα, πειράγματα, απειλές για βιαιοπραγίες, βαρονισμός ή εκβιασμός, αναγκασμός των κρατουμένων να τους δίνουν τα προσωπικά τους αντικείμενα, να μεταφέρουν απαγορευμένες ουσίες κατά τις εξόδους τους ή στο επισκεπτήριό τους (Ireland, 2000). Ακόμα, ο Brooks (1993 βλ. Ireland 1999) αναφέρει ως έμμεσες πράξεις εκφοβισμού την ανεξέλεγκτη και χωρίς αιτία καταστροφή των προσωπικών αντικειμένων του κρατούμενου καθώς και την εξαπόλυση απειλών κατά της οικογένειας και αγαπημένων του προσώπων.

Εκτός από τις έμμεσες μορφές εκφοβισμού, οι άμεσες μορφές επιθετικότητας αποτελούν ένα μεγάλο αριθμό περιπτώσεων. Στις μορφές τις **άμεσης επιθετικότητας** αναφέρονται η σωματική κακοποίηση, η κλοπή προσωπικών αντικειμένων και η σεξουαλική κακοποίηση. Ωστόσο, οι παραπάνω περιπτώσεις δεν απαντώνται συχνά με την στενή έννοια αλλά παίρνουν διάφορες μορφές. Η σεξουαλική κακοποίηση εμφανίζεται σε περιπτώσεις όπως αυνανισμός κάποιου κρατούμενου από κάποιον άλλον, το ξύρισμα της ηβικής περιοχής ενώ ο κρατούμενος είναι δεμένος στο κρεβάτι και χυδαία φρασεολογία (Ireland, 2000).

Στο περιβάλλον των φυλακών εμφανίζονται και δύο ακόμα στοιχεία που συνιστούν μορφές εκφοβισμού. Το πρώτο ονομάζεται «βαρονισμός» ή εκβιασμός και αναφέρεται στον δανεισμό αντικειμένων όπως ο καπνός, τα τσιγάρα, ναρκωτικές ουσίες, αλκοόλ και χρήματα. Ο κρατούμενος δανείζεται από τον βαρόνο και μετά πρέπει υποχρεωτικά να επιστρέψει τα δανεικά με τόκο. Στη σχέση αυτή αν το θύμα αποτύχει να επιστρέψει τα δανεικά προκαλεί την επιθετικότητα και τον θυμό του βαρόνου (Ireland, 2005).

Το δεύτερο ονομάζεται «φορολογία» και αφορά μία συμπεριφορά στην οποία οι δράστες παίρνουν τα πράγματα των νέων κρατουμένων με την πρόφαση του φόρου. Η πράξη αυτή αποτελεί περιστατικό εκφοβισμού, και συγκεκριμένα ληστείας, που

συμβαίνει σε νέους κρατούμενους μόνο μία φορά με την είσοδο του νέου στο σωφρονιστικό σύστημα (UK Home Office 1993, βλ. Ireland, 1999).

Παρόλο που η φορολογία και ο βαρονισμός αποτελούν ένα είδος εκφοβισμού, δεν απαντώνται στα κριτήρια γιατί το θύμα εμπλέκεται εθελοντικά στην διαδικασία αρχικά, και στην συνέχεια δεν μπορεί να ξεφύγει και δέχεται την επιθετική συμπεριφορά του δράστη σε οποιαδήποτε προσπάθεια του. (Ireland, 2000)

Στο περιβάλλον των φυλακών οι έμμεσες μορφές εκφοβισμού απαντώνται συχνότερα συγκριτικά με τις άμεσες γιατί ο εντοπισμός του δράστη, η πηγή δηλαδή της εκφοβιστικής συμπεριφοράς είναι πιο δύσκολος και δυσδιάκριτος και συνεπώς η μορφή αυτή του εκφοβισμού πιο επιθυμητή (Ireland, 2000). Η εντόπιση του δράστη από το προσωπικό των φυλακών συνεπάγεται την τιμωρία του, που ορισμένες φορές δεν είναι απλή επίπληξη, αλλά επιπρόσθετες μέρες φυλάκισης και κατάργηση κάποιων δικαιωμάτων και προνομίων. Ο έμμεσος εκφοβισμός, αναμφίβολα αποτελεί μια πράξη που ενέχει μικρό κίνδυνο για τον δράστη, αλλά επιφέρει τα ίδια αρνητικά αποτελέσματα στο θύμα και θεωρείται κατάλληλη μορφή για περιβάλλοντα όπως αυτό της φυλακής (Ireland, Archer, & Power, 2007).

Οι ερευνητές διακρίνουν 4 ομάδες ατόμων που οι κρατούμενοι κατηγοριοποιούνται στο φαινόμενο του εκφοβισμού. α) τα θύματα (όσοι αναφέρουν ότι έχουν πέσει μόνο θύματα εκφοβισμού), β) οι θύτες/δράστες (όσοι αναφέρουν ότι έχουν εκφοβίσει άλλα άτομα , αλλά δεν έχουν υπάρξει θύματα τέτοιας συμπεριφοράς), γ) θύτης/θύμα (όσοι έχουν εκφοβίσει , αλλά έχουν πέσει και θύματα τέτοιας συμπεριφοράς και δ) οι μη εμπλεκόμενοι (όσοι δεν έχουν πέσει θύματα εκφοβισμού, αλλά και δεν έχουν εκφοβίσει άλλα άτομα). (Ireland και Ireland, 2000)

Η Ireland (1999) αναφέρει ότι η κατηγορία «θύτη/θύμα» περιλαμβάνει τους κρατούμενους με την υψηλότερη βίαιη συμπεριφορά καθώς και ότι η συγκεκριμένη ομάδα δεν δέχεται παθητικά τον εκφοβισμό, αλλά ανταποδίδουν την πράξη. Υποστηρίζουν ότι αν δεν απαντήσουν στον εκφοβισμό θα στιγματιστούν σαν θύματα και στο μέλλον θα υπάρξουν περισσότερες επιθέσεις εναντίον τους. Επιπλέον, τα άτομα της κατηγορίας «θύτης/θύμα» παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά αρνητικής συμπεριφοράς όπως αλκοολισμό και εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες (Ireland και συν., 2007). Ακόμα, τα άτομα αυτά εμφανίζουν απροσάρμοστη συμπεριφορά, συναισθηματική και κοινωνική αστάθεια, προβλήματα συμπεριφοράς, κατάθλιψη και αυτοκτονικής συμπεριφοράς. (Viljoen, O'Neill & 2005). Επιπρόσθετα, στην κατηγορία αυτή ανήκουν κρατούμενοι νεαρής ηλικίας και σύμφωνα με τους Conell

και Farrington (1996, βλ. Ireland 1999) τα άτομα αυτά ξεκινούν «την καριέρα» τους στις φυλακές ως θύματα και στην πορεία καθώς περνούν τα χρόνια εγκλεισμού γίνονται θύτες.

6.3 Χαρακτηριστικά θυμάτων: Τα θύματα του εκφοβισμού στις φυλακές παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά: είναι νεοφερμένοι κρατούμενοι, κρατούμενοι με ιστορικό ψυχικής ασθένειας, κρατούμενοι καταδικασμένοι για σεξουαλικά εγκλήματα, απροσάρμοστοι κρατούμενοι, κρατούμενοι με τάσεις αυτοτραυματισμού και αυτοκτονίας (Blaauw, Winkel & Kerkhof, 2001). Ακόμα, θύματα εκφοβισμού είναι οι κρατούμενοι που δεν πληρώνουν τα χρέη τους, οι αδύναμοι, οι σωματικά μικρόσωμοι, αυτοί που δεν μπορούν να υπερασπιστούν τον εαυτό τους, που δεν μπορούν να προσαρμοστούν στην υποκουλτούρα της φυλακής και στο σωφρονιστικό σύστημα, οι κρατούμενοι που δεν έχουν πολλούς φίλους καθώς και αυτοί που εκτίουν βραχυπρόθεσμες, μικρές ποινές (Ireland, 2000).

Επιπρόσθετα, παρατηρούνται ορισμένες διαφορές μεταξύ θυμάτων και μορφών εκφοβισμού. Όπως προκύπτει από έρευνες (Ireland, 1999, 2000, 2007 · Vilzoeen και συν., 2005) οι άντρες πέφτουν συχνότερα θύματα άμεσου εκφοβισμού σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ αντίθετα οι γυναίκες εκφοβίζονται με έμμεσες μορφές όπως η εξάπλωση φημών, αλλά και η κλοπή προσωπικών αντικειμένων. Ακόμα, οι γυναίκες πέφτουν θύματα σεξουαλικής παρενόχλησης, ενώ στους άντρες αυτά τα περιστατικά απαντώνται σπάνια.

6.4 Αίτια του φαινομένου: Οι φυλακές αποτελούν ένα περιβάλλον όπου ο εκφοβισμός μπορεί εύκολα να αναπτυχθεί. Η υποκουλτούρα που υπάρχει μέσα στα σωφρονιστικά ιδρύματα, ενισχύει τον εκφοβισμό με αποτέλεσμα τα θύματα να είναι άτομα που δεν μπορούν να προσαρμοστούν σε αυτή την υποκουλτούρα (Ireland, 2000). Ακόμα, η Ireland (2000) θεωρεί τον εκφοβισμό ως προϊόν της φυλακής όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην διατήρηση της πειθαρχίας, στην υπακοή στις αρχές, υπάρχει περιορισμένη εποπτεία και ελάχιστα ερεθίσματα.

Επιπλέον, ο περιορισμός σε υλικά αγαθά, οι φτωχές κοινωνικές επαφές και η έλλειψη ερεθισμάτων για παραγωγικές και δημιουργικές δραστηριότητες ευνοούν τον εκφοβισμό (Ireland, 2005). Ωστόσο ο εκφοβισμός, μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα ψυχικής διαταραχής όπως είναι η ναρκισσιστική και αντικοινωνική συμπεριφορά που εμπεριέχουν χαρακτηριστικά εκμετάλλευσης άλλων ατόμων, έλλειψη ενσυναίσθησης και συμπόνιας (Ireland, 2004).

Ακόμα, η ιδέα της κυριαρχίας ενισχύει το φαινόμενο του εκφοβισμού με αποτέλεσμα την συχνή απομόνωση των θυμάτων. Η σχέση μεταξύ των κρατουμένων βασίζεται στην δύναμη και στην κυριαρχία με σκοπό την δημιουργία μια ιεραρχικής πυραμίδας, γεγονός που καθιστά τους δράστες αξιόλογα πρόσωπα και άξια σεβασμού τόσο μεταξύ των κρατουμένων όσο και ανάμεσα στο προσωπικό των φυλακών. (Ireland, 2000). Επιπρόσθετα, ο Brooks και οι συνεργάτες του (1994, βλ. Ireland, 2004) αναφέρουν ότι οι κρατούμενοι μπορεί να εκφοβίσουν επειδή βαριούνται, για διασκέδαση, για να αναγκάσουν το θύμα να κάνει κάτι για αυτούς και τέλος, για να κάνουν το θύμα να αισθανθεί κατώτερό τους.

6.5 Αποτελέσματα εκφοβισμού: Οι φυλακές αποτελούν ένα αγχογόνο περιβάλλον με αποτέλεσμα η πνευματική υγεία των κρατουμένων να είναι συχνά οριακή και αναμφίβολη. Το φαινόμενο του εκφοβισμού έχει ιδιαίτερα αρνητικές επιπτώσεις στα θύματα όπως υπερβολικό άγχος, μειωμένη συναισθηματική ευεξία, κατάθλιψη και διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα (Blaauw, και συν., 2001).

Επιπλέον το υπερβολικό άγχος που δημιουργείται από τον εκφοβισμό μπορεί να οδηγήσει το θύμα σε καταστάσεις κρίσης και αυτοκαταστροφής. Οι πιο πιθανοί τρόποι εκδήλωσης της αγχογόνου κατάστασης είναι η απόπειρα αυτοκτονίας, ο αυτοτραυματισμός, η απόδραση, η μη επιστροφή του κρατούμενου μετά από έξοδο ή άδεια, ακόμα και η κατάσταση απομόνωσης που θα ζητήσει από το προσωπικό για να αποφύγει τους δράστες του (Ireland, 2000). Ακόμα, όπως αναφέρει η Ireland (1999) το συνεχές κλάμα, οι κυκλοθυμικές τάσεις στην διάθεση του εγκλείστου καθώς και η συνεχής παραβίαση κανόνων της φυλακής που αποσκοπούν σε μεταφορά του κρατουμένου η στην επιδιωκόμενη προσοχή από το προσωπικό της φυλακής αποτελούν ενδείξεις του ατόμου για την απειλή που αισθάνεται από τους θύτες του.

Είναι γεγονός ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών μέσα στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι πολύ υψηλότερα σε σύγκριση με αυτά της υπόλοιπης κοινωνίας, με τις περισσότερες από αυτές να διαπράττονται τις πρώτες μέρες της κράτησης. Οι κρατούμενοι αποκτούν τάσεις αυτοκαταστροφής επειδή πιστεύουν ότι δεν υπάρχει άλλος τρόπος διαφυγής από την αγχογόνα κατάσταση του εκφοβισμού ή επειδή πιστεύουν ότι οι αυτοκαταστροφικές τάσεις αποτελούν έναν αποτελεσματικό τρόπο για μεταφορά τους σε άλλο μέρος, άλλο σωφρονιστικό κατάστημα ή ψυχιατρική κλινική (Blaauw, και συν., 2001).

6.6 Αντιμετώπιση του φαινομένου: Η αντιμετώπιση του φαινομένου του εκφοβισμού στο περιβάλλον των φυλακών είναι εξαιρετικά δύσκολο. Οι έμμεσες μορφές επιθετικότητας δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές από το προσωπικό των φυλακών και τα θύματα από μέρους τους διστάζουν να αναφέρουν το περιστατικό με φόβο μεγαλύτερων αντιποίνων στη συνέχεια της κράτησης τους. Επιπλέον ο έμμεσος εκφοβισμός εμφανίζεται πιο συχνά ως μορφή επιθετικότητας, όπου δεν θεωρείται επιθετικότητα στο περιβάλλον της φυλακής και είναι πιο δύσκολο να ανιχνευθεί (Ireland, 2005).

Η κατανόηση του φαινομένου σε βάθος, η ενημέρωση του προσωπικού των φυλακών σχετικά με το θέμα καθώς και παρεμβάσεις στήριξης των θυμάτων θα μπορούσαν να αποτελέσουν λύσεις με προσδοκώμενα θετικά αποτελέσματα. Παρόμοια προγράμματα έχουν εφαρμοστεί μόνο στην Μεγάλη Βρετανία με θετική ανταπόκριση και αποτελέσματα. (Vilzoeu και συν., 2005).

Ο εκφοβισμός των κρατουμένων όπως αναφέρθηκε προκαλεί διάφορα προβλήματα στην ψυχική υγεία του ατόμου και στην προσωπικότητα του. Στην επόμενη ενότητα εξετάζονται τα ψυχικά αυτά προβλήματα καθώς και παρεμβάσεις που προτείνονται για κάποιες διαταραχές.

7.ΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Το περιβάλλον των φυλακών είναι ένα δύσκολο, άκαμπτο μέρος με περιορισμένα ερεθίσματα, υψηλό έλεγχο και επιτήρηση και αποτελεί περιβάλλον υψηλού κινδύνου για ψυχικές διαταραχές και χρήση ναρκωτικών ουσιών (Black και συν., 2007). Οι φτωχές συνθήκες διαβίωσης των κρατουμένων ,επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχική τους κατάσταση με αποτέλεσμα τα ποσοστά ψυχικών διαταραχών στους εγκλείστους να είναι πολύ υψηλότερα σε σχέση με τον γενικότερο πληθυσμό (Friestad & Hansen, 2005). Τα ποσοστά των ψυχικά ασθενών στα σωφρονιστικά ιδρύματα αυξάνονται διαρκώς και τείνουν να αποτελούν τα νέα ιδρύματα για ψυχικά ασθενείς (Abramowitz, 2005).

Σύμφωνα με τους Anthony και McFayden (2005) η εμπλοκή του ατόμου στο σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης του προκαλεί έντονο άγχος και κατάθλιψη, ανεξάρτητα από την έκβαση της δίκης. Στην Ελλάδα οι φυλακισμένοι που κρίνονται από τις αρχές ότι χρήζουν ψυχικής παρακολούθησης μεταφέρονται στην Ψυχιατρική

Πτέρυγα του Σωφρονιστικού καταστήματος του Κορυδαλλού (Fotiadou και συν., 2006).

7.1 Στατιστικά ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις φυλακές: Η συχνότητα εμφάνισης ατόμων με ψυχικές διαταραχές στις φυλακές είναι πολύ υψηλή σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό σύμφωνα με το WHO (2000, βλ. Black και συν., 2007). Σε έρευνα του Butler και των συνεργατών του στην Αυστραλία (2005) βρέθηκε ότι 43% των κρατουμένων είχαν κάποια ψυχική διαταραχή σε δείγμα 953 εγκλειστών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά. Τα ποσοστά αυτά αφορούν κρατουμένους οι οποίοι εμφάνισαν κάποια διαταραχή μέσα στις φυλακές, αλλά και όσους είχαν ιστορικό ψυχικής ασθένειας η οποία επιδεινώθηκε κατά την διάρκεια του εγκλεισμού.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις φυλακές της Κομοτηνής από την Φωτιάδου και τους συνεργάτες της (2006) βρέθηκε ότι σε δείγμα 80 κρατουμένων βρέθηκε ότι 63 από αυτούς ικανοποιούν τα κριτήρια κάποιας ψυχικής διαταραχής. Από αυτούς 37.5% εμφάνιζαν αγχώδεις διαταραχές, 27.5% μείζονα κατάθλιψη και 12.5% διαταραχές πανικού και 2 άτομα με επιληψία. Τα παραπάνω ποσοστά είναι 4 φορές υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό στην Ελλάδα.

Ακόμα, οι κρατούμενοι με ψυχικές διαταραχές πέφτουν συχνά θύματα βιασμού από τους συγκρατούμενους τους (Abramowitz, 2005), έχουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Black και συν., 2007) και πολλοί από αυτούς έχουν ιστορικό ψυχικής ασθένειας πριν την φυλάκισή τους (Φωτιάδου, 2006).

Ορισμένοι από τους λόγους εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στις φυλακές είναι ότι οι εγκλειστοί δεν έχουν σπίτι, είναι άστεγοι, υπάρχει έλλειψη θεραπευτικών επιλογών στην κοινωνία, έλλειψη ψυχιατρικών υπηρεσιών για κρατουμένους, η άρνηση των ψυχιατρικών δομών να δεχτούν αποφυλακισμένους και η μη ανοχή της πολιτείας σε αποκλίνουσες συμπεριφορές από άτομα με ψυχικές ασθένειες (Butler, Allnutt, Cain, Owens & Muller, 2005).

7.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εγκλειστών: Σε έρευνα των Nurse, Woodcock & Ormsby (2006) βρέθηκε ότι το περιβάλλον των φυλακών επηρεάζει άμεσα και έντονα την ψυχική διαταραχή του ατόμου. Οι βασικότεροι παράγοντες είναι η απομόνωση του εγκλειστού, η έλλειψη ψυχικών ερεθισμάτων, η κατάχρηση ουσιών, οι αρνητικές σχέσεις με το προσωπικό των φυλακών, ο εκφοβισμός που δέχονται και η έλλειψη επικοινωνίας και επαφής με το οικογενειακό περιβάλλον. Οι κρατούμενοι περνούν ελάχιστη ώρα έξω από τα κελιά τους, και

συνήθως η απομόνωση τους φτάνει τις 23 ώρες την ημέρα. Οι παραπάνω λόγοι οδηγούν σε έντονα αισθήματα άγχους, θυμού και ματαίωσης.

Ο Kjelsberg (2006) και οι συνεργάτες του τονίζουν ότι η απομόνωση από το φυσικό περιβάλλον του ατόμου, από την οικογένεια του, την κουλτούρα του επιδεινώνουν την κατάσταση του κρατουμένου και θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη όταν φτάσει η ώρα της αποφυλάκισής του.

Οι ειδικοί που δουλεύουν στα σωφρονιστικά καταστήματα πρέπει να εξασφαλίζουν μια ισορροπία μεταξύ της βοήθειας που παρέχουν και της ασφάλειας και ελέγχου που διακρίνει την φυλακή. Όπως όλοι οι ελεύθεροι άνθρωποι έτσι και οι κρατούμενοι έχουν δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη και σε όλες τις αξίες που την διέπουν όπως ο σεβασμός για την ανθρώπινη ύπαρξη, το ιατρικό απόρρητο, η αυτονομία της βούλησης του ατόμου, η πρόληψη της σωματικής βλάβης από τον ίδιο τον ασθενή και η διασφάλιση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος. Οι αξίες αυτές πρέπει να διασφαλίζονται για κάθε έγκλειστο όπως συμβαίνει και με τους ασθενείς εκτός φυλακής (Bonner & Vandecreek, 2006).

7.3 Κρατούμενοι με τάσεις αυτοκτονίας: Έρευνες έχουν δείξει ότι πολλοί θάνατοι στις φυλακές οφείλονται σε αυτοκτονίες με πιο συχνό τρόπο τον απαγχονισμό ενώ οι πιο πολλοί πραγματοποιούνται στο πρώτο τρίμηνο της φυλάκισης (Birmingham, 2003), με μεγάλο ποσοστό αυτοκτονιών να συμβαίνει τις πρώτες 7 μέρες (Shaw & Humber, 2004). Ο Stuart υποστηρίζει ότι οι αυτόχειρες κρατούμενοι καθώς και όσοι έχουν τάσεις αυτοτραυματισμού, ικανοποιούν κριτήρια ψυχικών διαταραχών με συχνότερες διαταραχές την μείζονα κατάθλιψη, τις ψυχώσεις και την κατάχρηση ουσιών. Ακόμα υποστηρίζει ότι οι άντρες εμφανίζουν πιο συχνά τάσεις αυτοκτονίας σε σύγκριση με τις γυναίκες (Stuart, 2003).

Η πιο στενή παρακολούθηση, η καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού των φυλακών, η αύξηση του αριθμού του προσωπικού, η συγκατοίκηση 2 κρατουμένων και η καλύτερη επικοινωνία των κρατουμένων με το προσωπικό αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης και αντιμετώπισης των τάσεων αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού των εγκλείστων (Shaw, Baker, Hunt, Moloney & Appleby, 2004).

7.4 Χαρακτηριστικά κρατουμένων με ψυχικές διαταραχές: Τα στατιστικά στοιχεία στην Αγγλία και στην Ουαλία δείχνουν ότι οι κρατούμενοι με ψυχικές διαταραχές φαίνεται 13 φορές πιο πιθανό να έχουν δεχτεί ψυχολογική βοήθεια σαν παιδιά, 20 φορές πιο πιθανό να έχουν φοιτήσει σε ειδικό σχολείο, 22 φορές πιο

πιθανό να έχουν εκδιωχθεί από το σχολείο, 13 φορές πιο πιθανό να είναι άνεργοι και 6 φορές πιο πιθανό να έγιναν γονείς σε μικρή ηλικία (Shaw & Humber, 2004).

Γενικά, είναι συνήθως άτομα με φτωχό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, άνεργοι και κοινωνικά απομονωμένοι (Butler και συν., 2005). Οι έγκλειστες γυναίκες συνήθως έχουν βιώσει στο παρελθόν κακοποίηση ως παιδιά είτε σωματική είτε σεξουαλική καθώς και έντονη βία εναντίον τους. (Pollack, 2005) έχουν οικονομικά προβλήματα, χρόνια προβλήματα υγείας και έλλειψη κοινωνικής επαφής. (Friestad & Hansen, 2005) Οι λόγοι αυτοί αποτελούν συχνά και αίτια υποτροπιασμού, επανάληψη της παραβατικής πράξης από τα άτομα μετά την αποφυλάκισή τους. Επιπλέον, ο Anthony και ο McFayden (2005) υποστηρίζουν ότι το 30% των κρατουμένων έχουν κακοποιηθεί σωματικά ή/ και σεξουαλικά στην παιδική τους ηλικία.

7.5 Ψυχικές διαταραχές που συναντώνται στους εγκλείστους των φυλακών: Σε έρευνα των Anthony και McFayden (2005) βρέθηκε ότι οι έγκλειστοι υποφέρουν από μείζονα κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, (Black και συν., 2007), κρίσεις πανικού, έντονο άγχος και διαταραχές ύπνου. Ακόμα ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ. (Friestad & Hansen, 2005 · Kjelsberg και συν., 2006) καθώς και διπολική διαταραχή (Falissaerd και συν., 2006) η οποία είναι ιδιαίτερα δύσκολο να διαγνωστεί επειδή τα συμπτώματα μπορεί να απουσιάζουν την περίοδο της εξέτασης και για τον λόγο αυτό πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ιστορικό του κρατουμένου για κατάθλιψη και μανία.

Σύμφωνα με τον Butler και τους συνεργάτες του (2005) κατάθλιψη εμφάνιζαν κυρίως οι νέοι κρατούμενοι ενώ όσοι έχουν καταδικαστεί σε αρκετά χρόνια εμφανίζουν συχνότερα διαταραχή μετά από τραυματικό στρες. Επιπλέον, ο Birmingham (2003) υποστηρίζει ότι οι άντρες παρουσιάζουν συχνότερα αντικοινωνική συμπεριφορά και διαταραχή παρανοειδούς προσωπικότητας ενώ οι γυναίκες οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Στην Αμερική δια νόμου οι νεαροί κρατούμενοι πρέπει να δέχονται θεραπεία για την ψυχική τους διαταραχή με απόφαση του δικαστηρίου. Οι κρατούμενοι θεωρούνται ότι χρήζουν θεραπείας εάν ικανοποιούν τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη, μανιακό επεισόδιο ή ψύχωση σύμφωνα με το DSM V τους προηγούμενους 6 μήνες (Templin, Abram, McClelland, Washburn & Pikus, 2005).

Οι κρατούμενοι που έχουν διαπράξει σεξουαλικής φύσεως εγκλήματα αποτελούν διαφορετική κατηγορία από όσες έχουν αναφερθεί και χρήζουν διαφορετικής μεταχείρισης. Ο Birgen και οι συνεργάτες του (2000) υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να

κρατώνται σε ειδικά κελιά, με υψηλή επιτήρηση και μακριά από τους άλλους κρατουμένους που μπορεί να τους βλάψουν. Ειδικότερα οι βιαστές και όσοι έχουν διαπράξει εγκλήματα κατά των παιδιών, τιμωρούνται σύμφωνα με τον άγραφο νόμο των φυλακών από τους συγκρατούμενους τους (Birgen, 2004). Τα άτομα αυτά είναι στιγματισμένα στον χώρο της φυλακής και δύσκολα θα ζητήσουν βοήθεια. Η καλύτερη θεραπεία βασίζεται στις γνωστικό-συμπεριφοριστικές αρχές με την επιδιωκόμενη αλλαγή στον τρόπο σκέψης (Birgen, 2000, 2004). Περισσότερες πληροφορίες για την γνωστικό – συμπεριφοριστική θεραπεία δίνονται σε ξεχωριστό κεφάλαιο της εργασίας.

7.6 Οι ανάγκες των κρατουμένων και οι παρεμβάσεις: Οι ανάγκες των εγκλείστων όσον αφορά την υγεία τους περιλαμβάνουν τομείς όπως οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, πρωτογενής ιατρική περίθαλψη, κλινικές θεραπείες για HIV και AIDS για κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών (Reed & Lyne, 2000). Ωστόσο, το σύστημα υγείας των φυλακών χρειάζεται βελτίωση και πρέπει να δοθεί έμφαση στους παρακάτω τομείς: να βελτιωθούν οι πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας και η παροχή βοήθειας σε καθημερινή βάση, να προωθηθεί η μεταφορά των ψυχικά ασθενών σε ειδικές μονάδες ψυχικής υγείας, η πρόσβαση των κρατουμένων σε αποτελεσματικές θεραπείες και η πρόβλεψη αυτοκτονικών συμπεριφορών (Shaw & Humber, 2004).

Η διάγνωση ψυχικών διαταραχών μέσα στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι εξαιρετικά δύσκολη με τις υπάρχουσες παραδοσιακές μεθόδους, όπως οι συνεντεύξεις, γι'αυτό και αναζητώνται εναλλακτικές αξιόπιστες μέθοδοι (Falissard και συν., 2006). Σύμφωνα με την Wolff (2005) περίπου στο ¼ του πληθυσμού των φυλακών με ψυχικές διαταραχές συνυπάρχουν 2 ή περισσότερες διαταραχές με πιο συχνές από αυτές την αντικοινωνική, την ναρκισσιστική, την παρανοειδή και την αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας καθώς και αρκετά συχνά κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών (Birmingham, 2003).

Στην Μεγάλη Βρετανία οι κρατούμενοι με ψυχικές διαταραχές που απαιτούν άμεση θεραπεία μεταφέρονται σε δομές της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service) (Abramowitz, 2005 · Earthowl, 2003). Στο σωφρονιστικό κατάστημα της Ρόδου τα άτομα που χρήζουν άμεσης βοήθειας, που μπορεί να προκαλέσουν κακό στον εαυτό τους ή τους άλλους μεταφέρονται σε ειδικές ψυχιατρικές πτέρυγες με υψηλότερη επίβλεψη ή σε κάποιο εξωτερικό ψυχιατρείο όποτε κρίνεται απαραίτητο (Poshkus, 2005).

Σε έρευνα του Farrell και των συνεργατών του (2006) βρέθηκε ότι τα άτομα που έχουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα (ψυχώσεις) ή ψυχική διαταραχή σε συνδυασμό με εξαρτήσεις από κάποια ουσία είναι πιθανότερο να λάβουν κάποια μορφής θεραπεία, όπως και οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, ενώ οι αλλοδαποί είχαν λιγότερες πιθανότητες θεραπείας

Για τους φυλακισμένους με ψυχικές διαταραχές η θεραπεία μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα αν και κρίνεται βασική και απαραίτητη για την ένταξή τους στην κοινωνία, ωστόσο δεν είναι πάντοτε εφικτή και πραγματοποιήσιμη στα πλαίσια των εξατομικευμένων αναγκών τους λόγω του υψηλού κόστους και της έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που δίνεται μεγαλύτερη έμφαση για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι οι γνωστικό- συμπεριφοριστικές, οι διαπροσωπικές παρεμβάσεις και η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (Butler και συν., 2005). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις εξετάζονται σε ξεχωριστό κεφάλαιο αναλυτικά για κάθε κατηγορία προβλημάτων των κρατουμένων.

8.ΟΙ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΤΙΣ ΦΥΛΑΚΕΣ

Ο κίνδυνος εξάπλωσης ασθενειών στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι πολύ υψηλός. Οι πιο συχνά μεταδιδόμενες ασθένειες που εμφανίζονται στο περιβάλλον των φυλακών είναι ο ιός HIV, οι 3 μορφές ηπατίτιδας, η φυματίωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όπως η σύφιλη, η χλαμύδα και η βλεννόρροια (Bolleralli και συν., 2007 · Niveau, 2006 · Templeton, 2006 · Gondles, 2005). Αξιοσημείωτο κρίνεται το γεγονός ότι εκτός από τον έλεγχο αναγνώρισης της ασθένειας, δεν αναφέρονται προγράμματα παρέμβασης και θεραπείας στο περιβάλλον των φυλακών για τον ιό HIV και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα

Πιθανοί τρόποι μετάδοσης των ασθενειών είναι η σεξουαλική επαφή χωρίς προφυλάξεις (ομοφυλοφιλική, ετεροφυλοφιλική), η κοινή χρήση βελόνων για τατουάζ, σύριγγες για χρήση ναρκωτικών ουσιών (Dolan, Kite, Black, Aceijas & Stimson, 2007 · Niveau, 2006 · Gondles, 2005). Η ανταλλαγή συριγγών φαίνεται ως η πρώτη αιτία εξάπλωσης των μεταδιδόμενων ασθενειών στο περιβάλλον της φυλακής (Dolan και συν., 2007 · Liao, Lai, Chang & Hsu, 2006 · Templeton, 2006, Koulierakis και συν., 2000).

Τα άτομα που συνήθως προσβάλλονται από μεταδιδόμενες ασθένειες προέρχονται από φτωχά περιβάλλοντα, είναι συνήθως ανεκπαιδευτοί και αλλοδαποί, όπου έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε μονάδες υγείας στην κοινωνία. (Carbonara και συν., 2005 · Gondles, 2005). Συνήθως, προσβάλλονται εκτός φυλακής και με την είσοδο τους, μεταφέρουν τα νοσήματα εντός σωφρονιστικού καταστήματος. Τα άτομα αυτά με την είσοδο τους στις φυλακές έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν σε θεραπευτικά προγράμματα, πιθανότατα για πρώτη φορά στη ζωή τους (Gondles, 2005). Στην συνέχεια εξετάζονται 2 από τις σημαντικότερες μεταδιδόμενες ασθένειες στο περιβάλλον των φυλακών η φυματίωση και η ηπατίτιδα.

8.1 Η φυματίωση: Αποτελεί μια από τις βασικότερες αιτίες θανάτου. Κάθε χρόνο 8 εκατ. άνθρωποι εκδηλώνουν την ασθένεια και 2 εκατ. πεθαίνουν. Οι πιο ευάλωτοι πληθυσμοί είναι οι άστεγοι, οι εξαρτημένοι, όσοι έχουν προσβληθεί από τον ιό του AIDS και οι φυλακισμένοι (Fournet και συν., 2006 · Verma, Upshur, Rea & Benatar, 2004). Η φυματίωση αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο από τις μεταδιδόμενες ασθένειες λόγω της εύκολης εξάπλωσης της, με την Ρωσία να εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά στην Ευρώπη (Niveau, 2006 · Sarang και συν., 2006). Ο υπερπληθυσμός των φυλακών, η έλλειψη εξαερισμού και καθαρού αέρα, η έλλειψη καθαρού ρουχισμού, κουβερτών και το κάπνισμα μέσα στα κελιά αποτελούν βασικά αίτια εξάπλωσης της ασθένειας (Lobacheva, Asikainen, & Giesecke, 2007 · Fournet και συν., 2006 · Carbonara και συν., 2005).

Σύμφωνα με την Verma και τους συνεργάτες της (2004) η θεραπεία για την φυματίωση θα πρέπει να περιλαμβάνει εξατομικευμένο πρόγραμμα, άμεση θεραπεία μετά την διάγνωση σε κατάλληλο περιβάλλον, όπου σύμφωνα με τον Niveau (2006) είναι η απόλυτη απομόνωση.

8.2 Η ηπατίτιδα: Εμφανίζεται σε 3 μορφές με διαφορετικό βαθμό επικινδυνότητας και μετάδοσης. Η ηπατίτιδα Α εμφανίζεται λιγότερο συχνά σε σχέση με τους άλλους 2 τύπους και εκδηλώνεται μετά από συνακολουθία άλλης μορφής ηπατίτιδας, παρόλο που μεταδίδεται με στενή επαφή. Η ηπατίτιδα Β εμφανίζεται 2-6 φορές πιο συχνά στο περιβάλλον των φυλακών από ότι στον γενικό πληθυσμό και μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή, την ανταλλαγή συριγγών και την χρήση βελόνων τατουάζ. Η ηπατίτιδα C μεταδίδεται με απευθείας με έκθεση του αίματος σε μολυσμένο αίμα (Niveau, 2006).

Σύμφωνα με έρευνες στις φυλακές της Ιρλανδίας βρέθηκε ότι περισσότερο από το 1/3 των κρατουμένων έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C, και το 80% από αυτούς

κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών με σύριγγα. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα οι κρατούμενοι που περνούν τουλάχιστον 10 χρόνια στην φυλακή είναι πιο πιθανό να έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C, σε σχέση με όσους οι ποινές τους είναι λιγότερων χρόνων (Allwright και συν., 2000). Το ποσοστό των ατόμων που έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα στις ΗΠΑ κυμαίνεται από 22-33% με τις γυναίκες να προσβάλλονται πιο συχνά από τους άνδρες (Gondles, 2005).

8.3 Μέτρα πρόληψης και θεραπεία: Σύμφωνα με την Gondles (2005) η σωστή πληροφόρηση και η εκπαίδευση των κρατουμένων σε θέματα σεξουαλικής συμπεριφοράς, ο συχνός έλεγχος της υγείας, ο σχεδιασμός θεραπειών και ο εμβολιασμός των κρατουμένων εναντίον μεταδιδόμενων νοσημάτων, αποτελούν την καλύτερη πρόληψη. Η εκπαίδευση και η ενημέρωση είναι οι πιο εύκολοι τρόποι πρόληψης και παρέμβασης και πραγματοποιούνται κυρίως με φυλλάδια και βίντεο (Niveau, 2006 · Templeton, 2006).

Ο Niveau (2006) προτείνει ότι η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινάει και να ολοκληρώνεται μέσα στην φυλακή, και μετά την αποφυλάκιση το άτομο να δέχεται βοήθεια από τις δομές στην κοινωνία. Για την αντιμετώπιση των μεταδιδόμενων νοσημάτων, η σταδιακή μείωση των ουσιών ή η αντικατάσταση των ουσιών με μεθαδόνη μπορεί να οδηγήσουν σε σταδιακή μείωση χρήσης των οπιοειδών, καθώς και η παροχή προφυλακτικών θα μειώσει την ανεξέλεγκτη σεξουαλική επαφή (Templeton, 2006 · Niveau, 2006).

Σύμφωνα με τον Poshkus (2005), μια αξιόλογη προσπάθεια γίνεται στο σωφρονιστικό κατάστημα της Ρόδου, όπου οι κρατούμενοι με την είσοδο τους ελέγχονται και εμβολιάζονται για ηπατίτιδα, AIDS, φυματίωση και οι γυναίκες επιπλέον, ελέγχονται για καρκίνο του μαστού, εγκυμοσύνη, υποβάλλονται σε τεστ ΠΑΠ και για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Οι θεραπείες για τις μεταδιδόμενες ασθένειες δεν θα πρέπει να είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Η ανταλλαγή συριγγών προκαλεί την εξάπλωση των μεταδιδόμενων νοσημάτων και τα θεραπευτικά προγράμματα πρέπει να περιλαμβάνουν προληπτικά μέτρα και τεχνικές θεραπείας για τον ιό HIV, για ηπατίτιδες, για φυματίωση και για ΣΜΝ (Sarang και συν., 2006). Στις περισσότερες φυλακές, ωστόσο, οι παραπάνω τεχνικές καθίστανται ανέφικτες. Οι μεταβολές στην έκταση των ποινών και η συχνή μεταφορά των κρατουμένων από μια φυλακή σε άλλη, καθιστά δύσκολο τον σχεδιασμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών εξατομικευμένων θεραπειών, τον εμβολιασμό των εγκλείστων και αυξάνει σημαντικά το κόστος τους (Gondles, 2005).

Στην συνέχεια εξετάζεται το θέμα της εξάρτησης των κρατουμένων από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ, όπου η εξάρτηση καθίσταται μία από τις βασικότερες αιτίες εξάπλωσης ασθενειών τόσο μέσα στις φυλακές όσο και στην κοινωνία.

9.ΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ ΜΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Τα σωφρονιστικά καταστήματα είναι ένας χώρος όπου απαγορευμένες ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ) υπάρχουν σε μεγάλη αφθονία και ποικιλία και διακινούνται εύκολα συχνά εν γνώσει του προσωπικού ασφαλείας δημιουργώντας εξάρτηση στους κρατουμένους. Σύμφωνα με τους Jones και Hoffmann (2006) εκτιμάται ότι στην Μ.Βρετανία 78% των παραβάσεων έχουν γίνει υπό την επήρεια αλκοόλ. Η εξάρτηση από το αλκοόλ χαρακτηρίζεται ως μια από τις συνηθισμένες που εμφανίζουν οι κρατούμενοι, και συχνά με ταυτόχρονη εξάρτηση από ναρκωτικά .

Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν θετική σχέση μεταξύ του περιβάλλοντος των φυλακών και των εξαρτήσεων. Σε έρευνες που έγιναν σε Σκοτσέζικη φυλακή βρέθηκε ότι το ¼ των κρατουμένων που έκαναν χρήση ναρκωτικών ,ξεκίνησαν για πρώτη φορά μετά τον εγκλεισμό τους (Boys και συν., 2002). Το περιβάλλον της φυλακής ενθαρρύνει την χρήση ναρκωτικών ουσιών γιατί βοηθάει τους κρατουμένους να αποδράσουν πνευματικά και να συμβιβάζονται με την ιδέα του εγκλεισμού (Nurse et al, 2006) καθώς και με τις πολλές ώρες απομόνωσης που περνούν στα κελιά τους (Birmingham, 2003).

9.1 Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση απαγορευμένων ουσιών: Πολλοί από τους χρήστες απαγορευμένων ουσιών φαίνεται να είχαν υποφέρει στο παρελθόν από σοβαρό τραύμα ή ασθένεια, να είχαν αποχωριστεί τους γονείς τους ή ήταν παιδιά χωρισμένων γονιών, να είχαν βιώσει θάνατο στο οικογενειακό τους περιβάλλον, να είχαν απολυθεί από δουλειά ή να είχαν μείνει άστεγοι (Boys και συν., 2002).

Επίσης, φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ποινή και τα χρόνια φυλάκισης, τόσο μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει τα άτομα να κάνουν χρήση ηρωίνης ή κοκαΐνης στην διάρκεια του εγκλεισμού τους, γεγονός που φαίνεται να επηρεάζει τις γυναίκες περισσότερο από τους άντρες (Boys και συν.,2002). Επιπρόσθετα για τις γυναίκες οι σεξουαλικές εμπειρίες σε μικρή ηλικία, η σωματική, σεξουαλική, συναισθηματική κακοποίηση, τα προβλήματα με το σχολείο και προβλήματα ψυχικής ασθένειας

καθώς και η ύπαρξη μέλους της οικογένειας με προβλήματα ναρκωτικών ή αλκοόλ αυξάνουν τις πιθανότητες εξάρτησής τους (Johnson, 2006).

9.2 Είδη Ουσιών: Η κάνναβη, οι αμφεταμίνες, η ηρωίνη, η κοκαΐνη, οι βενζοδιαζεπίνες, το έκσταση, τα βαρβιτουρικά, το κρακ και τα ηρεμιστικά αποτελούν τα πιο διαδεδομένα ναρκωτικά στις φυλακές καθώς και το αλκοόλ (Johnson, 2006 · Birmingham 2003 · Swann, 1998). Ο Fazel και οι συνεργάτες του (2006) στην έρευνα τους, συνέλεξαν αποτελέσματα από 13 έρευνες στην Μ.Βρετανία με συνολικό δείγμα 7563 κρατούμενους και βρήκαν ότι περίπου 25% των ανδρών είχαν εξάρτηση από το αλκοόλ και 17% των γυναικών, ενώ περίπου 30% των ανδρών και 45% των γυναικών είχαν εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Ακόμα σε μια άλλη έρευνα, αυτή των James και Baily (2005) σε 500 κρατούμενους στην Μ.Βρετανία βρέθηκε ότι 30% των κρατουμένων είχαν εξάρτηση από ηρωίνη, κρακ ή κοκαΐνη. Τα οπιοειδή και η κάνναβη προτιμώνται γιατί προσφέρουν χαλάρωση, ανακούφιση από τα προβλήματα και την βαρετή καθημερινότητα και βοηθούν τους κρατούμενους να συμβιβαστούν με το περιβάλλον και την κουλτούρα των φυλακών (Boys και συν., 2002).

9.3 Έγκλειστοι με διάγνωση «διπλής» διαταραχής: Ο Best και οι συνεργάτες του (2004) ορίζουν την «διπλή διαταραχή» ως τον συνδυασμό ψυχικής ασθένειας και προβλήματα κατάχρησης ουσιών. Το έντονο άγχος, η διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας και η σχιζοφρένεια, είναι οι πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές με προβλήματα εξάρτησης.

Οι κρατούμενοι με διαταραχή αντικοινωνικής συμπεριφοράς είναι 3 φορές πιθανότερο να κάνουν χρήση ηρωίνης και κοκαΐνης (Boys και συν., 2002). Ο Birmingham (2003) τονίζει ότι η συνύπαρξη ψυχικών διαταραχών και η κατάχρηση ουσιών συναντάται συχνά στους κρατούμενους. Τα άτομα αυτά συχνά επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά, που δεν θα υπήρχε με την ύπαρξη μόνο ψυχικής διαταραχής και την στιγμή της παράβασης βρίσκονταν υπό επήρεια (Wexler, 2003).

9.4 Παρεμβάσεις: Μία αξιολογη παρέμβαση θα πρέπει να θέτει εξ αρχής τους στόχους, να περιλαμβάνει εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας το οποίο να εκτελείται από εξειδικευμένο προσωπικό. Θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στις γνωστικό-συμπεριφοριστικές αρχές και άλλες μορφές θεραπείας που αφορούν ψυχο-εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και εκπαίδευση δεξιοτήτων προτείνονται από την Vandavelde και τους συνεργάτες της (2006).

Οι γνωστικό- συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν ως βασικό στόχο την μείωση του υποτροπιασμού, δηλαδή να εμποδίσουν τον χρήστη να «ξανακυλήσει».

Βασίζονται σε στρατηγικές κοινωνικής μάθησης όπου ο κρατούμενος διδάσκεται τεχνικές για να αναγνωρίζει τις δύσκολες καταστάσεις που θα έπαιρνε ναρκωτικά και αντί αυτού να αναπτύξει εναλλακτικούς τρόπους δράσης για να μην πάρει. Στα προγράμματα αυτά συμμετέχουν και πρώην χρήστες ως καθοδηγητές, επηρεάζοντας θετικά την στάση του κρατούμενου και δίνοντας του θάρρος και κουράγιο να συνεχίσει την προσπάθεια (Taxman, Simpson & Leeper Piquero, 2002).

Σε χρήστες στις φυλακές της Ρόδου χορηγήθηκε μεθαδόνη κατά την διάρκεια της κράτησης, αλλά και μετά την αποφυλάκιση τους, με σκοπό την μείωση του υποτροπιασμού, με θετικά αποτελέσματα (Poshkus, 2005). Αντίθετα, η Wood και οι συνεργάτες της (2006) υποστηρίζουν ότι η χορήγηση μεθαδόνης αποδεικνύεται μια ανεπαρκής παρέμβαση λόγω του μεγάλου αριθμού χρόνιων χρηστών στις φυλακές και της περιορισμένης συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Οι κρατούμενοι με διάγνωση «διπλής» διαταραχής θα πρέπει να δέχονται άμεση παρέμβαση. Μια πετυχημένη παρέμβαση θα πρέπει να θεραπεύει και τις δύο διαταραχές, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η ανεπάρκεια των ικανοτήτων πρέπει να εντάσσονται σε εξατομικευμένα προγράμματα, η θεραπεία να είναι ευέλικτη και να μπορεί να εφαρμοστεί στο περιβάλλον των φυλακών. Ακόμα, να περιλαμβάνει φάσεις κλιμακωτής δυσκολίας, συνέχιση της θεραπείας και μετά την αποφυλάκιση, ψυχιατρική υποστήριξη, υποστήριξη από ομάδα συγκρατούμενων και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μετά από κάποιο χρονικό διάστημα (Wexler, 2003). Επιπλέον, οι συναντήσεις με ειδικούς να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, να υπάρχει εκπαίδευση στον εγκληματικό τρόπο σκέψης, ατομική και ομαδική συμβουλευτική και η συμμετοχή στο πρόγραμμα θεραπείας θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 12 μήνες (Van Stelle, Blumer, & Moberg, 2004).

Η συνέχιση της θεραπείας κρίνεται απαραίτητη ακόμα και μετά την αποφυλάκιση του εξαρτημένου ατόμου. Οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς είναι δομές που θα βοηθήσουν τόσο το άτομο όσο και την οικογένεια του που θα τον δεχτεί και θα τους προετοιμάσει κατάλληλα μέσα προγράμματα ομαδικής και οικογενειακής συμβουλευτικής (Pallone, 2002 · Pratt, Holsinger & Latessa, 2000).

10.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι στο σωφρονιστικό κατάστημα διαφέρουν στο είδος του προβλήματος, στην ένταση της εμφάνισης τους, στον χρόνο που εκδηλώνονται, αλλά και στον τρόπο που ο κάθε κρατούμενος το αντιλαμβάνεται και το ζει (Abrams και συν., 2005). Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στους κρατούμενους περιλαμβάνουν προγράμματα ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας, απεξάρτησης, διαχείρισης θυμού, άγχους, επιθετικότητας και θεραπείες για μεταδιδόμενες ασθένειες, σε συνδυασμό με προγράμματα επανένταξης και πρόληψης του υποτροπιασμού (Day, Bryan, Davey & Casey, 2006 · Pallone & Hennessy, 2002 · Gontkovsky, 2002). Οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται από εξειδικευμένο προσωπικό που περιλαμβάνει επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συμβούλους/ θεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσοκόμες και ψυχιάτρους (Morgan, Kroner & Mills, 2006).

10.1 Ομαδική θεραπεία: Η ομαδική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιεί τις αλληλεπιδράσεις που αναπτύσσονται μέσα στην ομάδα με σκοπό τα άτομα να αναπτύξουν την αυτογνωσία και να αλλάξουν την συμπεριφορά τους. Επικεντρώνεται στο να βοηθήσει τους εγκλείστους να εγκλιματιστούν στο περιβάλλον των φυλακών και στην συνέχεια τους προετοιμάζουν για την επανένταξη τους στην κοινωνία μετά την αποφυλάκισή τους (Pallone & Hennessy, 2002). Το πρωταρχικό όφελος της έγκειται στο να μάθουν οι κρατούμενοι να αναπτύξουν λειτουργικές σχέσεις με τους συγκαταρούμενους τους και επιπλέον πιστεύεται ότι η υποστήριξη της ομάδας μπορεί να βοηθήσει τον κρατούμενο να συμβιβαστεί με τα προβλήματα που προκύπτουν από τον εγκλεισμό (Morgan και συν., 2006).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία δεν αποτελεί θεραπεία για όλα τα προβλήματα. Αποτελεί περισσότερο ένα συστατικό στην διαδικασία της σωστής επανένταξης και περιορίζει ελάχιστα το φαινόμενο του υποτροπιασμού. Ωστόσο σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες όπως η γνωστικό-συμπεριφοριστική θεραπεία, η εκπαίδευση, η επαγγελματική εκπαίδευση επηρεάζει θετικά την προκοινωνική συμπεριφορά των κρατουμένων (Morgan & Winterowd, 2002). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στις φυλακές της Νορβηγίας 1 ειδικός ψυχικής υγείας έχει στην εποπτεία του 9 κρατουμένους (Kjelsberg και συν., 2006).

Η ομαδική θεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική σε κρατουμένους που έχουν διαπράξει σεξουαλικής φύσεως εγκλήματα και στους βιαστές όπου μέσα από το

παιχνίδι ρόλων γίνεται μια προσπάθεια να αποκτήσουν την έννοια της ενσυναίσθησης και τον έλεγχο στις λειτουργίες που σχετίζονται με την παραβατική συμπεριφορά (Day και συν., 2006). Ακόμα στην ομαδική θεραπεία συμπεριλαμβάνονται οι «θεραπευτικές ομιλίες» που απευθύνονται στους εξαρτημένους από ναρκωτικές ουσίες και αλκοόλ, όπου μέσα από ψυχοδιδακτικό τρόπο στοχεύουν να εκπαιδεύσουν τους εγκλείστους σχετικά με την βιοχημική σύσταση των ουσιών και τα μέτρα ευαισθητοποίησης και απευαισθητοποίησης (Pallone & Hennessy, 2002).

10.2 Ατομική συμβουλευτική: Περιλαμβάνει παρεμβάσεις που προσπαθούν να ενισχύσουν την ιδέα του εαυτού, την κατανόησή του από τον κρατούμενο και το ενδιαφέρον για προσωπική επαφή του ατόμου με τους άλλους, την ικανότητα του ατόμου να επανακτήσει τις δυνατότητες του και να ενισχύσουν έναν πιο θετικό και παραγωγικό τρόπο σκέψης (Bye & Schillinger, 2005).

Στα προγράμματα ατομικής συμβουλευτικής, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον των φυλακών, στις σχέσεις με τους συγκρατούμενους του, στα συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά του προβλήματα και στην εκμάθηση νέων δεξιοτήτων (Kjelsberg και συν., 2006 · Gontkovsky, 2002). Εφαρμόζεται κυρίως σε άτομα με προβλήματα διαχείρισης άγχους, θυμού και επιθετικότητας (Gontkovsky, 2002) καθώς και στους ανήλικους παραβάτες (Bye & Schillinger, 2005).

10.3 Γνωστικό- συμπεριφοριστική θεραπεία: Εφαρμόζεται τόσο σε ομαδικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Ο σκοπός των προγραμμάτων γνωστικό-συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι να αλλάξουν τον εγκληματικό τρόπο σκέψης του παραβάτη (Tong & Farrington, 2006 · Day και συν., 2006). Βασίζεται στην αρχή ότι το άτομο τη στιγμή της παράβασης δεν σκέφτεται λογικά (Pollack, 2005), το βοηθάει να αναγνωρίσει την ανεύθυνη συμπεριφορά του και να αναπτύξει πιο υπεύθυνο τρόπο σκέψης (Bye & Schillinger, 2005).

Διδάσκει τεχνικές για τον «έλεγχο σκέψης», πρακτικές για την αλλαγή στον τρόπο σκέψης που προηγούνται της εγκληματικής πράξης μέσα από μηχανισμούς όπως το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών, οι θετικές ενισχύσεις και η παρατήρηση. (Abrams και συν., 2005). Οι γνωστικές ικανότητες διδάσκονται στους κρατούμενους με σκοπό να μάθουν να αντιδρούν με κατάλληλο τρόπο την στιγμή που θα εκδήλωναν την εγκληματική συμπεριφορά (Tong & Farrington, 2006).

Οι Bye και Schillinger, (2005) υποστηρίζουν ότι ο τρόπος σκέψης του εγκλείστου αποτελεί τον πρωταρχικό στόχο για ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα επανένταξης.

Γνωστικό- συμπεριφοριστικά προγράμματα έχουν αναπτυχθεί σε διάφορες χώρες όπως οι Η.Π.Α., ο Καναδάς, οι Σκανδιναβικές χώρες, η Μ.Βρετανία και εφαρμόζονται με θετικά αποτελέσματα συντελώντας στην μείωση της επανάληψης της εγκληματικής πράξης (Tong & Farrington, 2006 · Kjelsberg και συν., 2006 · Pollack, 2005 · Bye & Schillinger, 2005).

Η γνωστικό-συμπεριφοριστική θεραπεία εφαρμόζεται σε κρατούμενους που έχουν διαπράξει σεξουαλικής φύσεως εγκλήματα, στους τοξικό-εξαρτημένους, στα μέλη συμμοριών, σε κρατούμενους με προβλήματα διαχείρισης θυμού και επιθετικότητας και στους ανήλικους παραβάτες (Di Placido, Simon, Witte, Gu & Wong, 2006 · Morgan και συν., 2006 · Tong & Farrington, 2006 · Pollack, 2005 · Kjelsberg και συν., 2006 · Abrams και συν., 2005 · Bye & Schillinger, 2005 · Pallone & Hennessy, 2002).

10.4 Παρεμβάσεις σε οικογενειακό επίπεδο: Οι παρεμβάσεις σε οικογενειακό επίπεδο δίνουν έμφαση στην διαμόρφωση των γονεϊκών δυνατοτήτων , στην λειτουργία της οικογένειας και στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μελών της (Pallone & Hennessy, 2002). Αφορούν κυρίως τις οικογένειες ανήλικων παραβατών και περιλαμβάνουν την ψυχολογική τους υποστήριξη μέσα από ψυχοδιδασκτικές μεθόδους και προγράμματα επανένταξης μέσω της επαφής με τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους, αλλά και τους συνομηλίκους από το σχολικό περιβάλλον. (Abrams και συν., 2005).

Επιπρόσθετα, στις φυλακές πραγματοποιούνται ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης γονέων και σ' αυτά συνήθως συμμετέχουν γυναίκες, καθώς ο αριθμός των έγκλειστων μητέρων αυξάνεται σημαντικά (Pallone & Hennessy, 2002).

Η συμμετοχή των κρατουμένων σε προγράμματα θεραπείας, όπως δείχνει η βιβλιογραφία έχει θετικά αποτελέσματα τόσο μέσα στο περιβάλλον των φυλακών όσο και μετά την αποφυλάκιση τους. Οι θεραπείες προσανατολίζονται στην επανένταξη του ατόμου μέσα από την αυτογνωσία, την προσωπική ωρίμανση και την αλλαγή του τρόπου σκέψης. Ωστόσο η ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων κρίνεται απαραίτητη μετά την αποφυλάκιση τους για την ψυχολογική, κοινωνική τους υποστήριξη και τον πιθανό υποτροπιασμό τους τόσο στην επανάληψη της παράβασης όσο και στην χρήση ναρκωτικών ουσιών.

11.ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία εξετάστηκε ο κλάδος της συμβουλευτικής στις φυλακές, η δομή του σωφρονιστικού καταστήματος, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι και οι θεραπείες που προτείνονται από την διεθνή βιβλιογραφία. Τα προβλήματα των κρατουμένων ταξινομήθηκαν σε 4 κατηγορίες: α) στις ψυχικές διαταραχές, β) στον εκφοβισμό, γ) στην εξάρτηση από ουσίες και δ) στις μεταδιδόμενες ασθένειες και προτάθηκαν παρεμβάσεις για την κάθε κατηγορία ξεχωριστά. Παρεμβάσεις για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τον ιό HIV δεν αναπτύχθηκαν λόγω έλλειψης στην βιβλιογραφία παρεμβατικών προγραμμάτων στο περιβάλλον των φυλακών.

Τα προγράμματα θεραπείας που αναφέρονται στην εργασία απευθύνονται στην αλλαγή της προσωπικότητας του ατόμου, τον τρόπο σκέψης του και αποσκοπούν στην μείωση της επανάληψης της παραβατικής συμπεριφοράς και σε μια ομαλή επανένταξη στην κοινωνία. Πολλές από τις θεραπείες αυτές παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα, ωστόσο, δεν ολοκληρώνονται πάντοτε με επιτυχία καθώς οι κρατούμενοι συχνά συμμετέχουν στα προγράμματα με αναγκαστικό τρόπο. Η συμμετοχή τους δεν είναι εθελοντική και συμμετέχουν με ανταλλάγματα όπως είναι η εξαγορά ημερών από την συνολική ποινή και οι άδειες. Συνεπώς, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι αμφίβολα και η επανεξέταση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα κρίνεται απαραίτητη για την εγκυρότητά τους.

Στη Ελλάδα οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται στις φυλακές είναι σε αρκετά πρώιμο στάδιο γι' αυτό και η παρούσα εργασία παρουσιάζει ελλείψεις στα ελληνικά δεδομένα. Οι παρεμβάσεις αφορούν κυρίως την ομάδα των τοξικό-εξαρτημένων με παρεμβάσεις χορήγησης μεθαδόνης και με ομαδική θεραπεία σε συγκεκριμένες δομές όπως οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί και οι Ανώνυμοι Ναρκομανείς. Μετά την αποφυλάκισή τους τα εξαρτημένα άτομα μπορούν να απευθυνθούν σε δομές όπως η Ιθάκη, 18 άνω και στο κέντρο του Ο.Κ.Α.Ν.Α για συμβουλευτική υποστήριξη τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους. Θεραπευτικές παρεμβάσεις για τους ψυχικά ασθενείς υπάρχουν μόνο στο σωφρονιστικό κατάστημα του Κορυδαλλού στο ψυχιατρικό τμήμα, ενώ οι παρεμβάσεις για μεταδιδόμενες ασθένειες είναι σε αρχικό στάδιο ακόμα.

Τα δεδομένα που παρουσιάστηκαν στην παρούσα εργασία απευθύνονται κυρίως σε διεθνείς έρευνες και αποτελέσματα και πιο συγκεκριμένα στις Η.Π.Α και στις

ανεπτυγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στην Ελλάδα νέες έρευνες κρίνονται απαραίτητες για την μελέτη των σωφρονιστικών καταστημάτων, για τον σχεδιασμό θεραπευτικών παρεμβάσεων, προγραμμάτων στήριξης των κρατουμένων και των οικογενειών τους και αποτελεσματικά προγράμματα επανένταξης όπως εκπαίδευση σε χειρωνακτικές εργασίες. Τέλος, απαραίτητη είναι η θέσπιση δομών που να μπορούν να υποδεχτούν τους εγκλείστους μετά την αποφυλάκισή τους και να τους παράσχουν την απαραίτητη υποστήριξη για την επιτυχημένη επανένταξή τους.

12.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αρχιμανδρίτου, Μ. (2000) Η Ανοικτή Έκτιση της Ποινής, Εκδόσεις: Ελληνικά γράμματα, Αθήνα
2. Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου, Α. Κακκαλής, Π., Σπινέλλης, Δ. & Τσητσούρα, Α. (1997) Αντεγκληματική Πολιτική και Ανθρώπινα Δικαιώματα, Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, Υπεύθυνη Έκδοσης: Τσητσούρα, Α. Εκδόσεις: Σακκούλα, Θεσσαλονίκη-Κομοτηνή
3. Ραφτόπουλος, Π. (1998) Ποινικό Δίκαιο, *Αθήνα*
4. Χάιδου, Α. (2002) Το σωφρονιστικό σύστημα, Ζητήματα Θεωρίας και Πρακτικής, Νομική Βιβλιοθήκη
5. Goffman, E. (1994) Άσυλα, μετάφραση: Κομνηνός, Ξ., εκδόσεις: Ευρύαλος, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Abramowitz, Z. M. (2005) Prisons and the Human Rights of Persons with Mental Disorders. *Forensic Psychiatry*, 18, 525-529
2. Abrams, S. L., Kim, K. & Anderson-Nathe. B. (2005) Paradoxes of Treatment in Juvenile Corrections. *Child and Youth Care Forum*, 34, 7-25
3. Allwright, S., Bradley, F., Long, J., Barry, J., Thorton, L. & Parry, V. J. (2000) Prevalence of Antibodies to Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV and Risk Factors in Irish Prisoners: Results of a National Cross Sectional Survey. *BMJ*, 321, 78-82

4. American Association of Correctional Psychology. (1999) Standards for Psychology Services in Jails, Prisons, Correctional Facilities, and Agencies. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 433-494
5. Anthony, D. & McFayden, J. (2005) Mental Health Needs Assessment of Prisoners. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, 26-36
6. Bartol, R. C. & Freeman, J. N. (2005) History of the American Association for Correctional Psychology. *American Association for Correctional and Forensic Psychology*, 32, 123-142
7. Best, D., Havis, S., Strathdee, G., Keaney, F., Manning, V. & Strang, J. (2004) Drug Deaths in Police Custody: Is Dual Diagnosis a Significant Factor?. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 11, 173-182
8. Birgin, A. (2004) Therapeutic Jurisprudence and Sex-offenders: a Psycho-legal Approach to Protection. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 351-364
9. Birgin, A. & Vincent, F. J. (2000) Maximizing Therapeutic Effects in Treating Sexual Offenders in an Australian Correctional System. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 479-488
10. Birmingham, L. (2003) The Mental Health of Prisoners. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 191-201
11. Blaauw, E., Winkel, W. F. & Kerkhof, J. F. M. (2001) Bullying and Suicidal Behavior in Jails. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 279-299
12. Black, D., James, M., Evan, R. & Rogers, P. (2007) The Association Between a Self-reported History of Mental Health Problems and a History of Parasuicide in a Sample of UK male Prisoners. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 427-434

13. Bollepalli, S., Mathieson, K., Bay, C., Hillier, A., Post, J., Van Thiel, H .D. & Nadir, A. (2007) Prevalence of Risk Factors for Hepatitis C Virus in HIV-Infected and HIV/Hepatitis C Virus-Coinfected Patients. *Sexually Transmitted Dideases*, 34, 367-370

14. Bonner, R. & Vandecreek, D. L. (2006) Ethical Decision Making for Correctional Mental Health Providers. *Criminal Justice and Behavior*, 33, 542-564

15. Boothby, L. J. & Clements, B. C. (2000) A National Survey of Correctional Psychologists. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 716-732

16. Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R., Lewis, G., Marsden, J., Meltzer, H., Singleton, N. & Taylor, C. (2002) Drug Use and Initiation in Prison:Results from a National Prison Survey in England and Wales. *Drug Use and Initiation in Prison*, 97, 1551-1560

17. Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, E. N. & Basson, J. (2006) Mental Disorders in Australian Prisoners: a Comparison with Community Sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 272-276

18. Butler, T., Allnutt, S., Cain, D., Owens, D. & Muller, C. (2005) Mental Disorder in the New South Wales Prisoner Population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39,407-413

19. Bye, L & Schillinger, A. D. (2005) Evaluation of a Cognitive Thinking Program. *Journal of Correctional Education*

20. Carbonara, S., Babudieri, S., Longo, B., Starnini, G., Monarca, R., Brunetti, B., Andreoni, M., Pastore, G., De Marco, V., Rezza, G. & Di Lavoro Infettivologi Penitenziari, G. (2005) Correlates of Mycobacterium Tuberculosis Infection in a Prison Population. *European Respiratory Journal*, 25, 1070-1076

21. Davies, P. J., Heyman, B., Godin, M. P., Shaw, P. M. & Reynolds, L. (2006) The Problems of Offenders with Mental Disorders: A plurality of Perspectives within a Single Mental Health Care Organisation. *Social Sciences and Medicine*, 63, 1097-1108

22. Day, A., Bryan, J., Davey, L. & Casey, S. (2006) The Process of Change in Offender Rehabilitation Programmes. *Psychology, Crime and Law*, 12, 473-487

23. Di Placido, C., Simon, L. T., Witte, D. T., Gu, D. & Wong, C. P. S. (2006) Treatment of Gang Members Can Reduce Recidivism and Institutional Misconduct. *Law and Human Behavior*, 30, 93-114

24. Dolan, K., Kite, B., Black, E., Aceijas, C. & Stimson, V.G. (2007) HIV in Prison in Low-income and Middle-income Countries. *Lancet Infectious Disease*, 7, 32-41

25. Earthowl, M, O'Grady, J. & Birmingham, L.(2003) Providing Treatment to Prisoners with Mental Disorders: Development of a Policy. *British Journal of Psychiatry*, 182, 299-302

26. Falissard, B., Loze, J.Y., Gasquet, I., Duburc, A., Beurepaire, C., Fagnani, F. & Rouillon, F. (2006) Prevalence of Mental Disorders in French Prisons for Men. *BMC Psychiatry*, 6:33

27. Farrell, M., Boys, A., Singleton, N., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R., Coid, J., Lewis, G. & Marsden, J. (2006) Predictors of Mental Health Service Utilization in the 12 Months Before Imprisonment: Analysis of Results From a National Prisons Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 548-553

28. Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006) Substance Abuse and Dependence in Prisoners: a Systematic Review. *Substance Abuse and Dependence in Prisoners, 101*, 181-191
29. Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E. & Xenitidis, K. (2006) Prevalence of Mental Disorders and Deliberate Self-harm in Greek Male Prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*, 68-73
30. Fournet, N., Sanchez, A., Massari, V., Penna, L., Natal, S., Biondi, E. & Larouze, B. (2006) Development and Evaluation of Tuberculosis Screening Scores in Brazilian Prisons. *Public Health, 120*, 976-983
31. Friestad, C., Hansen, I. L. S. (2005) Mental Health Problems among Prison Inmates: the Effect of Welfare Deficiencies, Drug Use and Self-Efficacy. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 6*, 183-196
32. Gondles, F. E. (2005) A Call to Immunize the Correctional Population for Hepatitis A and B. *The American Journal of Medicine, 118*, 84-89
33. Gontkovsky, T. S. (2002) The Psychology of Aggression: a Critique of Correctional Approaches to Treating Violent Behavior. *Administration and Policy in Mental Health, 29*, 525-528
34. Haag, M. A. (2006) Ethical Dilemmas Faced by Correctional Psychologists in Canada. *Criminal Justice and Behavior, 33*, 93-109
35. Ireland, L. J., Archer, J. & Power, L. C. (2007) Characteristics of Male and Female Prisoners Involved in Bullying Behavior. *Aggressive Behavior, 33*, 220-229

36. Ireland, L. J & Monaghan, R. (2006) Behaviors Indicative of Bullying Among Young and Juvenile Male Offenders: A Study of Perpetrator and Victim Characteristics. *Aggressive Behavior*, 32, 172-180
37. Ireland, L. J. (2005) "Exploring Definitions of Bullying Among Personality Disordered Patients in a Maximum-Secure Hospital. *Aggressive Behavior*, 31, 359-373
38. Ireland, L. J. (2004) Nature, Extent, and Causes of Bullying Among Personality-Disordered Patients in a High Secure Hospital. *Aggressive Behavior*, 30, 229-242
39. Ireland, L. J. (2000) "Bullying among Prisoners": A Review of Research. *Aggression and Violent Behavior*, 5 (2), 201-215
40. Ireland, A. C & Ireland, L. J. (2000) Descriptive Analysis of the Nature and Extent of Bullying Behavior in Maximum-Security Prison. *Aggressive Behavior*, 26, 213-223
41. Ireland, L. J. (1999) Bullying Behaviors Among Male and Female Prisoners: A Study of Adult and Young Offenders. *Aggressive Behavior*, 25, 161-178
42. Johnson, H. (2006) Drug Use by Incarcerated Women Offenders. *Drug and Alcohol Review*, 25, 433-437
43. Jones, Y. G. & Hoffmann, G. N. (2006) Alcohol Dependence: International Policy Implications for Prison Populations. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1:33
44. Koulierakis, G., Gnardellis, C., Agrafiotis, D. & Power, G. K. (2000) HIV Risk Behaviour Correlates Among Injecting Drug Users in Greek Prisons. *Addiction*, 95, 1207-1216

45. Kratcoski, C. P. (1981) *Correctional Counselling and Treatment*. Duxbury Press, Monterey, California
46. Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbech, P., Rustad, A., Seem, M, & Vik, T. (2006) Mental Health Consultations in a Prison population: a Descriptive study. *BMC Psychiatry*, 6:27
47. Liao, K., Lai, S., Chang, W. & Hsu, N. (2006) Screening for Viral Hepatitis Among Non-Drug-abuse Prisoners. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 41, 969-973
48. Lobacheva, T., Asikainen, T. & Giesecke, J. (2007) Risk Factors for Developing Tuberculosis in Remand Prisons in St.Petersburg, Russia-a Case Control Study. *European Journal of Epidemiology*, 22, 121-127
49. Mitchell, D. (2003) Prisoner's Constitutional Rights. *Criminal Justice Studies*, 16, 245-264
50. Moon, B. & Maxwell, R. S. (2004) Assessing the Correctional Orientation of Corrections Officers in South Korea. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(6), 729-743
51. Morgan, D. R., Kroner, G. D. & Mills, F. J. (2006) Group Psychotherapy in Prison: Facilitating Change Inside the Walls. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 10
52. Morgan, D. R. & Winterowd, L. C. (2002) Interpersonal Process-Oriented Group Psychotherapy with Offender Populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 466-482
53. Niveau, G. (2006) Prevention of Infectious Disease Transmission in Correctional Settings: a Review. *Journal of The Royal Institute of Public Health*, 120, 33-41

54. Nurse, J., Woodcock, P., Ormsby, J. (2006) Influence of Environmental Factors on Mental Health Within Prisons: Focus Group Study. *BMJ* 327; 480
55. Pallone, J. N. & Hennessy, J. J. (2002) Rehabilitation Services for Criminal Offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 37, 459-480
56. Paterline, A. B. & Peterson, M. D. (1999) Structural and Social Psychological Determinants of Prisonization. *Journal of Criminal Justice*, 27, 427-441
57. Payne-James, J. J., Wall, I. J. & Baily, C. (2005) Patterns of Illicit Drug Use of Prisoners in Police Custody in London, UK. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 12, 196-198
58. Pollack, S. (2005) Taming The Shrew: Regulating Prisoners Through Woman-Centered Mental Health Programming. *Critical Criminology*, 13, 71-87
59. Poshkus, M. & Clarke, G. J. (2005) Correctional Health Care in Rhode Island: Challenges and Opportunities. *Medicine and Health Rhode Island*
60. Pratt, C. T., Holsinger, M. A. & Latessa, J. E. (2000) Treating the Chronic DUI Offender « Turning Point » ten Years Later. *Journal of Criminal Justice*, 28, 271-281
61. Reed, L. J. & Lyne, M. (2000) Inpatient Care of Mentally Ill People in Prison: Results of a Year's Programme of semi-structured inspections. *BMJ*, 320, 1031-1034
62. Riley, J. (2002) The Pains of Imprisonment: Exploring a Classic Text with Contemporary Authors. *Journal of Criminal Justice Education*, 13, 443-461
63. Sarang, A., Rhodes, T., Platt, L., Kirzhanova, V., Shelkonvikova, O., Volnov, V., Blagovo, D. & Rylkov, A. (2006) Drug Injecting and Syringe Use in the HIV Risk Environment of Russian Penitentiary Institutions: Qualitative Study. *Addiction*, 101, 1787-1796

64. Shaw, J., Baker, D., Hunt, M. I., Moloney, A. & Appleby, L. (2004) Suicide by Prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 184, 263-267
65. Shaw, J. & Humber, N. (2004) Prison Mental Health Services. *The Medicine Publishing Company*, 3:11, 21-24
66. Swann, R. & James.P. (1998) The Effect of the Prison Environment upon Inmate Drug Taking Behaviour. *The Howard Journal*, 37, 252-265
67. South, R. C & Wood, J. (2006) Bullying in Prisons: The Importance of Perceived Social Status, Prisonization, and Moral Disengagement. *Aggressive Behavior*, 32, 490-501
68. Stuart, H. (2003) Suicide Behind Bars. *Forensic Psychiatry*, 16, 559-564
69. Taxman, S. F., Simpson, S. S. & Leeper Piquero, N. (2002) Calibrating and Measuring Theoretical integration in Drug Treatment Programs. *Journal of Criminal Justice*, 30, 159-173
70. Templeton, J. D. (2006) Sexually Transmitted Infection and Blood-borne Virus Screening in Juvenile Correctional Facilities: a Review of the Literature and Recommendations for Australian Centres. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 13, 30-36
71. Teplin, A. L., Abram, M. K., McClelland, M. G., Washburn, J. J. & Pikus, K. A. (2005) Detecting Mental Disorder in Juvenile Detainees: Who Receives Services. *PMC*, 95, 1773-1780
72. Tong, J. S. L. & Farrington, P. D. (2006) How effective is “Reasoning and Rehabilitation” Programme in Reducing Reoffending? a Meta-analysis of Evaluations in Four Countries. *Psychology, Crime and Law*, 12, 3-24

73. Vandavelde, S., Palmans, V., Broekaert, E., Rousseau, K. & Vanderstraeten, K. (2006) How do Drug-involved Incarcerated and Recently Released Offenders and Correctional Treatment Staff Perceive Treatment? A Qualitative Study on Treatment Needs and Motivation in Belgian Prisons. *Psychology, Crime and Law*, 12, 287-305
74. Van Stelle, R. K., Blumer, C. & Moberg, D. P. (2004) Treatment Retention of Dually Diagnosed Offenders in an Institutional Therapeutic Community. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 585-597
75. Verma, G., Upshur, E. G. R., Rea, E. & Benatar, R. S. (2004) Critical Reflections on Evidence, Ethics and Effectiveness in the Management of Tuberculosis: Public Health and Global Perspective. *BioMed Central*, 5:2
76. Viggiani, N. (2007) Unhealthy Prisons: Exploring Structural Determinants of Prison Health. *Sociology of Health and Illness*, 29, 115-135
77. Viljoen, L. J., O'Neill, L. M. & Sidhu, A. (2005) Bullying Behaviors in Female and Male Adolescent Offenders: Prevalence, Types, and Association With Psychological Adjustment. *Aggressive Behavior*, 31, 521-536
78. Watson, R., Stimpson, A. & Hostick, T. (2004) Prison Health Care: a Review of The Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 119-128
79. Wexler, K. H. (2003) The Promise of Prison-based Treatment for Dually Diagnosed Inmates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 223-231
80. Windzio, M. (2006) Is There a Deterrent Effect of Pains of Imprisonment?. *Punishment and Society*, 8, 341-364
81. Wolff, N. (2005) Community Reintegration of Prisoners with Mental Illness: A Social Investment Perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 43-58

82. Wood, E., Lim, R. & Kerr, T. (2006) Initiation of Opiate Addiction in a Canadian Prison: a Case Report. *Harm Reduction Journal*, 3:11