



Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας
Πτυχιακή Εργασία

Η ψυχολογία των κρατουμένων.
Η περίπτωση των φυλακών Νέας Αλικαρνασσού.



Συντάκτες: Δανδουλάκη Μαρία

A.M 2967

Κωστέρη Βαλεντίνα

A.M 3078

Μηλακη Βιργινια

A.M. 2990

Επιβλέπων καθηγητής: Βάντσης Δημήτριος

Ηράκλειο 2008

Περιεχόμενα:

Περίληψη

Ευχαριστίες

Αντί προλόγου

Εισαγωγή

Κεφάλαιο πρώτο: Τα σωφρονιστικά καταστήματα

Εισαγωγή

1.1. Ιστορική αναδρομή στο θεσμό της φυλάκισης

1.1.1 Η εξέλιξη του σωφρονισμού στην Ελλάδα

1.2. Ο αριθμός των κρατουμένων και το είδος των παραβάσεων

1.3. Η κοινωνία των κρατουμένων όπως διαμορφώνεται μέσα στη φυλακή και οι ομοιότητες με τη κοινωνία σε γενικότερο επίπεδο

Κεφάλαιο δεύτερο: Η λειτουργία των φυλακών σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο

Εισαγωγή

2.1. Συνθήκες κράτησης. Η επαφή των κρατουμένων με τον έξω κόσμο, η πειθαρχία και η απομόνωση

2.2 Τα κυριότερα αιτήματα των κρατουμένων και οι συνθήκες κράτησης

2.3. Το πλαίσιο λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος της Ελλάδας

2.4. Η περίπτωση των φυλακών της Νέας Αλικαρνασσού

Κεφάλαιο τρίτο: Ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στον χώρο των φυλακών.

Εισαγωγή.

3.1. Ψυχικές διαταραχές στο χώρο των φυλακών

3.1.1. Κατάχρηση αλκοόλ

3.1.2. Καταθλιπτικές διαταραχές

3.1.2.1. Καταθλιπτικό επεισόδιο

3.1.3 Αγχώδεις διαταραχές

3.1.3.1 Διαταραχή Πανικού

- 3.1.3.2 Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες .
- 3.1.3.3. Ψυχαναγκαστική- Καταναγκαστική διαταραχή.
- 3.1.4 Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.
- 3.1.5. Ψυχωσικές διαταραχές
 - 3.1.5.1. Σχιζοφρένεια.
- 3.1.6. Ναρκωτικά.
 - 3.1.6.1. Τι είναι τα ναρκωτικά;
- 3.1.7. Αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας
 - 3.1.7.1. Αυτοκτονία.
 - 3.1.7.1.1. Αιτιολογία αυτοκτονιών.
 - 3.1.7.2. Απόπειρες αυτοκτονίας.
- 3.2. Εγκληματοποίηση των ψυχικά διαταραγμένων ανθρώπων.
- 3.3.2.3. Σύνδρομο τα οποία εμφανίζονται σε κρατούμενους.
 - 3.3.1. Σύνδρομο Ganser.
 - 3.3.2. Ιδρυματισμός.
- 3.4. Επίλογος.

Κεφάλαιο τέταρτο:

- 4.1. Καθήκοντα κοινωνικού λειτουργού
- 4.2. Καθήκοντα ψυχολόγου
- 4.3. Καθήκοντα ιατρικού προσωπικού
- 4.4. Καθήκοντα οδοντιάτρου
- 4.5. Καθήκοντα φαρμακοποιού
- 4.6. Καθήκοντα προϊσταμένου νοσηλευτικού προσωπικού
- 4.7. Καθήκοντα νοσηλεύτη
- 4.8. Θέματα μεταχείρισης κρατουμένων στην Κλειστή Φυλακή Νέας Αλικαρνασσού (εργασία, κατάρτιση, υγειονομική περίθαλψη).
- 4.9. Η ελληνική πραγματικότητα στην ψυχολογική μεταχείριση του εγκληματία
- 4.10. Αποτελεσματικότητα και ηθική της ψυχολογικής παρέμβασης

- 4.11. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σωφρονιστικά καταστήματα
- 4.12. Πρωτογενής, δευτερογενής παρέμβαση και μεταχείριση του εγκληματία

Κεφάλαιο πέμπτο: Στατιστική ανάλυση.

- 5.1. Πληθυσμός μελέτης
 - 5.1.2. Τύπος και πληθυσμός μελέτης
- 5.2. Μέθοδος
 - 5.2.1. Ερωτηματολόγιο
 - 5.2.2. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου
 - 5.2.3 Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

Κεφάλαιο έκτο: Ανάλυση

- 6.1. Εισαγωγή
- 6.2. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία
- 6.3. Μορφωτικό επίπεδο.
- 6.4. Εργασία πριν τον εγκλεισμό.
- 6.5. Σχέσεις με την δικαιοσύνη
- 6.6. Συνθήκες κράτησης.
- 6.6. Σχέσεις με το οικείο περιβάλλον.
- 6.7. Κατάσταση υγείας.
- 6.8. Κατάσταση ψυχικής υγείας.
- 6.9. Συσχετίσεις

Κεφάλαιο έβδομο: Συμπεράσματα.

- 7.1. Συμπεράσματα
- 7.2. Δυσκολίες – Συζήτηση.

Βιβλιογραφία

Παράρτημα

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η μελέτη την συνθηκών διαβίωσης στην Φυλακή Αλικαρνασσού και κατά πόσο αυτές επιδρούν στην ψυχική υγεία των εγκλείστων.

Η μελέτη ήταν συγχρονική και σε αυτή συμμετείχε, τελικά, ένας αριθμός 40 εγκλείστων στην φυλακή Αλικαρνασσού. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγιο το οποίο διαμορφώθηκε από την ερευνητική ομάδα για τις ανάγκες της ερευνάς αυτής.

Επίσης σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το δείγμα είναι περιορισμένο και αυτό δεν βοήθησε ιδιαίτερα στην διεξαγωγή γενικεύσιμων αποτελεσμάτων. Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα συμπεραίνουμε ότι το 32,5% του συνόλου απάντησαν πως θεωρούν ότι ο εγκλεισμός τους συμβάλλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, ενώ το 12,5% (5 άτομα) απάντησαν όχι. Το 55% των ερωτηθέντων (22 άτομα) δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Συμπερασματικά, η έρευνα αυτή έδειξε ότι ο χώρος της φυλακής επηρεάζει την ψυχολογία των κρατουμένων αρνητικά. Αυτό μας το κάνουν κατανοητό η απαντήσεις των ερωτηθέντων .

Λέξεις κλειδιά: γνώμη για ψυχική υγεία, στάσεις απέναντι στην ψυχική ασθένεια ψυχική υγεία, εγκλεισμός , κελί.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε κατά αρχήν τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Βάντση Δημήτριο, Εργαστηριακό Συνεργάτη του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, που ανέλαβε την εποπτεία αυτής της πτυχιακής εργασίας. Με την καθοδήγησή του, τις συμβουλές του και το χρόνο που διέθεσε, βοήθησε και εκείνος στο να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στον κύριο Ιωάννη Χλιαουτάκη, καθηγητή του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, για την πολύ μεγάλη βοήθεια που μας έδωσε στο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης. Οι συμβουλές του ήταν πολύτιμες και ήταν δίπλα μας όποτε τον χρειαστήκαμε.

Ακόμα, όλους όσους μας βοήθησαν με στοιχεία και πληροφορίες καθώς επίσης και τους τροφίμους των Φυλακών Αλικαρνασσού που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια που στηρίχτηκε αυτή η πτυχιακή εργασία, καθώς και την κ. Μαριάννα Τσιμπλιαρίδου, Κοινωνική Λειτουργό των Φυλακών Αλικαρνασσού που μεσολάβησε για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Μιας που η πτυχιακή εργασία αποτελεί το τελευταίο βήμα μας πριν από το πτυχίο, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε εγκάρδια όλους τους καθηγητές, τους επόπτες και τα πλαίσια τα οποία μας δέχτηκαν όλα αυτά τα χρόνια, για όλες αυτές τις γνώσεις και τα εφόδια που μας έδωσαν για την μετέπειτα ζωή και σταδιοδρομία μας.

Τέλος, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θα θέλαμε να το πούμε στους γονείς και τις οικογένειες μας που όλα αυτά τα χρόνια μας στήριξαν στις σπουδές μας είτε οικονομικά είτε συναισθηματικά και αγωνιούσαν μαζί μας.

ΤΟΥΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΟΛΟΥΣ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

«.....Ξαφνικά οι δρόμοι έκλεισαν
το αύριο κόλλησε το χθές.
Το σήμερα ένας στενός μονόδρομος.

Προσπαθώ να τον διαβώ,
χωρίς τα φτηνά μου όπλα που ξέμειναν στο χθες,
ελπίδες, όνειρα μοιάζουν με γελοιογραφία....»

N. M

Εισαγωγή

Η *Ψυχική Υγεία* δεν είναι ένα θέμα που απασχολούσε ή απασχολεί καθημερινά την κοινή γνώμη. Παρά όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια προβάλλεται ολοένα και περισσότερο από τα Μ.Μ.Ε. χωρίς ωστόσο ο τρόπος που παρουσιάζεται να είναι ο ενδεδειγμένος και ο ορθότερος κατά τη γνώμη μας. Στην μεγαλύτερη πλειοψηφία αυτών των προβολών, περισσότερο κερδοσκοπικά-εμπορικά χρησιμοποιήθηκε παρά για να βοηθηθεί η κοινωνία να μάθει περισσότερα για αυτήν και εμμέσως και αμέσως να σταθούν δίπλα στους ασθενείς.

«Η ψυχική υγεία των φυλακισμένων είναι ένα ζήτημα που προκαλεί ανησυχίες. Η συχνότητα των αυτοκτονιών μεταξύ των φυλακισμένων σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι μεγαλύτερη. Οι φυλακισμένοι συχνά παρουσιάζουν μια από τις γνωστές ψυχικές ασθένειες (κατάθλιψη, ψύχωση, αγχώδεις διαταραχές, κ.λπ.). Επίσης υποφέρουν λόγω των σκέψεων τους, των συναισθημάτων και των εμπειριών τους μέσα στις φυλακές» (Παπαγιάννης, 2003: 20).

«Οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχική υγεία σε μεγάλο βαθμό, ωστόσο όμως λίγα είναι γνωστά για το πώς επηρεάζει το περιβάλλον της φυλακής. Το ζήτημα αυτό είναι αρκετά σοβαρό για την ψυχική υγεία των κρατουμένων με την παραμονή τους στην φυλακή καθώς και κατά την επιστροφή τους στην κοινωνία. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν και οι μεταξύ σχέσεις των φυλακισμένων όπου επηρεάζει το επίπεδο στρες που υπάρχει στους κρατουμένους» (Παπαγιάννης, 2003:20).

«Τέλος σημαντικό ρόλο για την ψυχική υγεία των ατόμων αυτών διαδραματίζει η έλλειψη πνευματικής αναζωογόνησης, η κατάχρηση ουσιών, οι σχέσεις με το προσωπικό των φυλακών, οι σχέσεις μεταξύ των κρατουμένων, η απουσία επαφής με την οικογένεια

τους, το κλίμα και περιβάλλον της φυλακής κλπ, είναι οι παράγοντες που αυξάνουν το επίπεδο στρες και δημιουργούν ψυχικά προβλήματα» (Παπαγιάννης, 2003:45).

Το αντικείμενο έρευνας της παρούσας εργασίας είναι η επίδραση της φυλακής στην ψυχική υγεία των εγκλειστών. Η περίπτωση των φυλακών Νέας Αλικαρνασσού.

Τα ερωτήματα τα οποία μας είχαν δημιουργηθεί, ήταν το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος. Τόσο από τα μαθήματα στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας και της επαφής με τον χώρο της ψυχικής υγείας, των γνώσεων που παίρνουμε (βιβλία, internet, γενικότερη εκπαίδευση) από τη σχολή αλλά και μέσω της επαφής με πλαίσια ψυχικής υγείας, η ευαισθητοποίηση δημιουργήθηκε ευκολότερα για να επιλεγεί ένα θέμα όπως αυτό. Έτσι η μελέτη της ψυχικής υγείας των εγκλειστών στην φυλακή της Νέας Αλικαρνασσού οι οποίοι αντιπροσωπεύουν ως ένα βαθμό μια ευαίσθητη κοινωνική ομάδα που χρειάζεται δίπλα της το συνάνθρωπο και που συχνά έρχεται αντιμέτωπη με το στιγματισμό, τον αποκλεισμό και το ρατσισμό, ήταν το θέμα που αποφασίσαμε να εργαστούμε.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήσαν:

- ✚ Εάν η διάρκεια εγκλεισμού επηρεάζει την εμφάνιση ψυχικής νόσου ανάλογα με το χρονικό διάστημα.
- ✚ Οι κρατούμενοι, έπασχαν και πριν τον εγκλεισμό τους από κάποιες νόσους ή αυτές εκδηλώθηκαν μετά τον εγκλεισμό τους; Αν όχι, που οφείλεται αυτό; Επηρεάζεται η ψυχική υγεία των κρατουμένων από τον εγκλεισμό τους στην φυλακή;

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται μετά τον εγκλεισμό και να διερευνηθούν οι παράγοντες που βοηθούν στην επιδείνωση της ασθένειας μετά την φυλάκιση του ατόμου. Όσον αφορά τους αντικειμενικούς στόχους έχουν ως εξής:

1. Η πιθανή επίδραση του περιβάλλοντος των φυλακών για τις ψυχικές διαταραχές.

2. Η πιθανή επίδραση των χρόνων φυλάκισης που μπορεί να επιδεινώνουν την κατάσταση του ατόμου.
3. Οι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία του ατόμου για την αλλαγή της κατάστασης.

Τέλος, θα μπορούσαν τα συμπεράσματα της παρούσης εργασίας να συνεκτιμηθούν με τα αντίστοιχα ερευνών που πρόκειται να πραγματοποιηθούν και να τεθούν περισσότερα και ειδικότερα ερευνητικά ερωτήματα. Είναι πιθανόν η μελέτη να αναδείξει την ανανέωση και συμπλήρωση των παραγόντων μείωσης της συχνότητας εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στα σωφρονιστικά καταστήματα.

Η εργασία αυτή αποτελείται από 6 κεφάλαια όπου το καθένα περιγράφει στοιχεία που αφορούν την πτυχιακή μας εργασία σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος.

Στο Πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας αναφερόμαστε στις συνθήκες κράτησης των σωφρονιστικών καταστημάτων, στο νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει στα κλειστά καταστήματα κράτησης, στον τρόπο λειτουργίας τους αλλά και στην περίπτωση που μελετάμε, την κλειστή φυλακή Αλικαρνασσού.

Το Δεύτερο κεφάλαιο της πτυχιακής μας εργασίας, έχει τίτλο «ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται στο χώρο των φυλακών». Σε αυτό προσπαθήσαμε να δώσουμε αναλυτικά την περιγραφή ψυχικών διαταραχών που εμφανίζονται σε άτομα που βρίσκονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα καθώς επίσης αναφερθήκαμε και στα ναρκωτικά και στα οιοπνευματώδη ποτά. Σκοπός του κεφαλαίου αυτού ήταν να δοθεί στον αναγνώστη η ευκαιρία να δει ποιες ασθένειες εμφανίζονται ανάμεσα στους έγκλειστους αφού η ψυχική τους υγεία είναι κάτι που προκαλεί αρκετές ανησυχίες και δημιουργεί πολλά ερωτήματα. Κοινό αποτέλεσμα σε πολλές έρευνες είναι η ύπαρξη προβλημάτων υγείας σε πολλούς κρατούμενους.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στα καθήκοντα των επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στο χώρο της φυλακής, τα καθήκοντα τους αλλά και της υποχρεώσεις τους με βάση τον Εσωτερικό Κανονισμό της Κλειστής Φυλακής Αλικαρνασσού. Επίσης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα σωφρονιστικά καταστήματα αλλά και στην μεταχείριση που χρίζει ο κρατούμενος.

Στο Τέταρτο κεφάλαιο, με τίτλο Μεθοδολογία αναφερόμαστε στο δείγμα μας, στον τόπο και χρόνο διεξαγωγής της μελέτης, τον πληθυσμό αναφοράς, την επιλογή του δείγματος της μελέτης, το εργαλείο έρευνας και τον τρόπο ανάλυσης των ερευνητικών δεδομένων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανάλυση των ερωτηματολογίων και διεξαγωγή αποτελεσμάτων του δείγματος μας ενώ στο έκτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στα συμπεράσματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε .

Κεφάλαιο 1^ο

Τα σωφρονιστικά καταστήματα

Εισαγωγή

Η φυλακή, η ποινική δικαιοσύνη και η αστυνομία ανήκουν στους φορείς του επίσημου κοινωνικού ελέγχου του εγκλήματος. Αποτελούν τα μέσα με τα οποία τα κράτη επιδιώκουν να διασφαλίσουν την ηρεμία, την τάξη και την ασφάλεια των πολιτών τους.

Τα σωφρονιστικά καταστήματα λειτουργούν ως μέσο τιμωρίας για όσους έχουν διαπράξει μια παράνομη πράξη. Έτσι για ένα συγκεκριμένο διάστημα ο δράστης στερείται το πολυτιμότερο για τον άνθρωπο αγαθό, την ελευθερία του. «Η στέρηση της ελευθερίας αποτελεί μια μορφή έντονης αντίδρασης στο έγκλημα. Η κοινωνική αντίδραση στο έγκλημα και η τιμωρία του ποινικού παραβάτη έχει διανύσει πολλές φάσεις στην ανθρώπινη ιστορία» (Foucault, 1976: 303).

Οι λόγοι και οι πράξεις για τις οποίες κατηγορούνται και τιμωρούνται οι δράστες ήταν λόγος μεγάλης αντιπαράθεσης των επιστημόνων αλλά και της πολιτείας η οποία και καθορίζει τους νόμους. Η τιμωρία μιας άνομης πράξης είναι αυτό που σκέφτεται ο νομοθέτης ο οποίος βρίσκεται αντιμέτωπος με μια δραστηριότητα επιζήμια για το δημόσιο συμφέρον και βέβαια η τιμωρία η ίδια είναι το αντανακλαστικό των κυβερνήσεων μπροστά στην αύξηση των εγκλημάτων. Έτσι κινητοποιούνται η αστυνομία και τα δικαστήρια ώστε τα εγκλήματα να τιμωρηθούν πιο σίγουρα αλλά και πιο σωστά. «Μια απαγόρευση που δε συνοδεύεται από μια τιμωρία αυτού που την παραβίασε δεν έχει ισχύ... Η πολιτεία τιμωρεί για να επιζήσει. Τιμωρεί για να διατηρήσει το δικαίωμα να θέτει στην ελευθερία κανόνες, όρια, προστασίες. Τιμωρεί για να ορίσει αυτό που είναι νόμιμο και αυτό που δεν είναι» (Peyrefitte, 1981: 296-297).

Στόχος και σκοπός της δημιουργίας των σωφρονιστικών καταστημάτων ήταν και είναι ο εκφοβισμός των κρατουμένων ώστε στο μέλλον να μην παραβούν και πάλι τους νόμους. Με άλλα λόγια τα σωφρονιστικά καταστήματα από τη μια μεριά επικεντρώνονται στο δράστη και στις πράξεις του, προσπαθώντας να του περάσουν το μήνυμα ότι η πράξη του αυτή είναι εσφαλμένη και δεν πρέπει να την επαναλάβει και για αυτό τιμωρείται.

Επίσης λειτουργεί και ως εκφοβιστικό μέτρο για όσους σκέφτονται να παραβούν τους νόμους. «...Η ποινική κύρωση, δηλαδή η φυλάκιση επιβάλλεται ως η δημόσια αντίδραση στο έγκλημα, η πιο προφανής και η πιο συνηθισμένη. Γιατί η ποινή λίγο πολύ αποτρέπει και δίνει ένα μάθημα δικαιοσύνης του οποίου η αποτρεπτική αποτελεσματικότητα δεν είναι μηδενική» (Cusson, 2002:258).

Τα σωφρονιστικά καταστήματα είναι αμφιλεγόμενα, έχουν γίνει αντικείμενο πολλών διαφωνιών και κριτικών σχετικά με τον τρόπο που διοικείται μια φυλακή, κάτι που συνδέεται άμεσα και με τη πολιτική μιας χώρας καθώς διαφορετικά αντιμετωπίζονται για παράδειγμα οι κρατούμενοι σε ένα δημοκρατικό κράτος και διαφορετικά σε ένα κράτος όπου του έχει επιβληθεί δικτατορία. Κατά τη διάρκεια της επταετούς δικτατορίας των συνταγματαρχών (1967-1974), για παράδειγμα, στην Ελλάδα πολλοί εξορίζονταν λόγω διαφορετικών πολιτικών ιδεολογιών από την κρατούσα.

Παλιά οι φυλακές λειτουργούσαν περισσότερο σαν ανθρώπινες χωματερές, ήταν χώρος ταπείνωσης και βίας και σε ελάχιστες περιπτώσεις ήταν τόπος βελτίωσης της προσωπικότητας του ατόμου. Οι αντιλήψεις αυτές βέβαια ήταν σύμφωνες με τα πιστεύω της εποχής εκείνης όπου η ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα ήταν έννοιες που δεν είχαν την ίδια βαρύτητα με τη σημερινή εποχή.

Εδώ και αρκετά χρόνια, με την εξέλιξη των ανθρωπιστικών επιστήμων, παρατηρείται μια σχετική πρόοδος όσον αφορά τον τομέα που έχει να κάνει με τη προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Άλλωστε το γεγονός ότι κάποιος έχει διαπράξει ένα έγκλημα και βρίσκεται στη φυλακή δεν σημαίνει ότι παύει ως άνθρωπος να έχει δικαιώματα τα οποία το κράτος οφείλει και πρέπει να τα σεβαστεί. Έτσι οι κρατούμενοι δικαιούνται συχνότερη επικοινωνία με το οικείο τους περιβάλλον, άδειες (προνόμιο που τα τελευταία χρόνια κέρδισαν οι κρατούμενοι) καθώς και πιο ανθρώπινη μεταχείριση από τους υπεύθυνους των φυλακών.

1.1. Ιστορική αναδρομή στο θεσμό της φυλάκισης

Η φυλακή δεν είναι και τόσο πρόσφατη όσο υποστηρίζουν διάφοροι ειδικοί, όπως για παράδειγμα κοινωνιολόγοι ερευνητές, το είδος αυτό της τιμωρίας (φυλάκιση) παρατηρείται από πολύ πριν τη συστηματική της πλέον χρησιμοποίηση που γίνεται με τη χρήση των ποινικών νόμων.

Το έγκλημα αλλά και γενικότερα η απόκλιση από τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα, υπήρχε σε όλες τις κοινωνίες από τα πανάρχαια χρόνια, μόνο που τότε η αντιμετώπιση του εγκλήματος (στις πρώτες κοινωνίες) ήταν ιδιωτική υπόθεση. Όποιος, για παράδειγμα, θεωρούσε ότι θίγονταν από την εγκληματική συμπεριφορά κάποιου ήταν και αρμόδιος για την τιμωρία του δράστη. Κατάλοιπα τέτοιων αντιλήψεων φτάνουν μέχρι τις μέρες μας με τη μορφή της «βεντέτας», βεντέτα συνηθίζουν να λένε την εκδίκηση που παίρνουν οι συγγενείς κάποιου που δολοφονήθηκε, σκοτώνοντας το δράστη ή κάποιον συγγενή του. Ο φόνος δηλαδή που τελείται με κίνητρο την εκδίκηση

για έναν άλλο. «Είναι ένας κοινωνικός κώδικας που στηρίζεται στην έννοια της τιμής και της προστασία της...» (Νικολακάκης, 1996:5).

Τα πράγματα διαφοροποιούνται από τη στιγμή που αρχίζουν να ισχύουν οι πρώτοι νόμοι περί σωφρονισμού που αναφέρουν πως ο σωφρονισμός είναι αρμοδιότητα της κοινότητας. «Αργότερα η τιμωρία των εγκληματιών ήταν αρμοδιότητα της ίδιας της κοινότητας και της πολιτικής της οργάνωσης, δηλαδή του κράτους. Οι νόμοι του Σόλωνα ήδη στην αρχαία Αθήνα, θεωρούσαν τη σύλληψη και τη τιμωρία των εγκλημάτων ως δημόσια υπόθεση» (Φαρσεδάκης, 1990:17). Τα σωφρονιστικά καταστήματα έχουν διαμορφωθεί ανεξάρτητα από το δικαστικό σύστημα από τότε που άρχισαν να δημιουργούνται οι πρώτες κοινωνίες και οι άνθρωποι διαχώριζαν το καλό από το κακό, από τότε που άρχιζαν να σχηματίζουν τα πρώτα κοινωνικά συστήματα και να μελετάται η ανθρώπινη συμπεριφορά. Η ανάγκη των ατόμων ώστε να υπάρχει ένας μηχανισμός που θα λειτουργούσε περισσότερο εκφοβιστικά ώστε να αποφεύγονται οι παράνομες πράξεις οδήγησαν στη δημιουργία του θεσμού της φυλακής πριν ακόμα ο νόμος τη καθορίσει ως τη κατεξοχήν ποινή. «Η καθιέρωση της φυλακής ως τόπου εκτέλεσης της ποινής οφείλεται σε επίδραση του κανονικού δικαίου της καθολικής εκκλησίας. Το κανονικό δίκαιο θεωρούσε την αντικοινωνική συμπεριφορά ως έγκλημα και τον εγκληματία ως αμαρτωλό που έπρεπε να επαναφέρει στον ίδιο δρόμο με την μόνωση και την τιμωρία. Η σύνοδος της Beziers είχε αποφασίσει ήδη από το 1266, ότι οι κατάδικοι έπρεπε να υποβάλλονται σε απομόνωση τη νύχτα και την ημέρα να τηρούν το κανόνα της απόλυτης σιωπής» (Δασκαλάκης, 1985).

«Στη καμπή του δέκατου όγδοου προς το δέκατο ένατο αιώνα μια καινούρια νομοθεσία καθορίζει την εξουσία του κολασμού σαν γενικό δικαίωμα της κοινωνίας,

εξουσία που ασκείται με τον ίδιο τρόπο πάνω σε όλα τα μέλη της κοινωνίας και όπου το κάθε άτομο έχει τα ίδια δικαιώματα, καθιστώντας όμως τη φυλάκιση ως τη κυριότερη ποινή, εισάγει διαδικασίες κυριαρχίας που χαρακτηρίζουν ένα ιδιαίτερο τύπο εξουσίας» (Foucault, 1976: 304). Η φυλακή εκτός από τιμωρία λειτουργεί και ως χώρος όπου οι δράστες μετανιώνουν για τις πράξεις τους, τα αδικήματα που διέπραξαν και τη βλάβη που προκάλεσαν όχι μόνο στο θύμα αλλά και στην κοινωνία ολόκληρη.

Ο νόμος και η δικαιοσύνη (αναφερόμενοι στους νόμους εννοούμε τη νομοθεσία γενικά και τα άρθρα του συντάγματος ενώ μιλώντας για δικαιοσύνη εννοούμε κάτι ιδεατό, δηλαδή την ιδέα της έννοιας της δικαιοσύνης που διαχωρίζει τις σωστές από τις παράνομες πράξεις) αξιολογούν τη πράξη του δράστη και έτσι ανάλογα με τη σοβαρότητα του αδικήματος και λαμβάνοντας υπόψη του τα άρθρα του συντάγματος, το δικαστήριο βγάζει και την απόφαση της τιμωρίας που μπορεί να είναι από μέρες, μήνες μέχρι και χρόνια.

«Η έννοια της φυλάκισης βασίζεται ακόμα στο ρόλο της - τον υποθετικό ή τον επιβεβλημένο - ως μηχανισμού μεταμόρφωσης των ατόμων. Και πώς να μην είναι η φυλακή πρόθυμα αποδεκτή αφού εγκλείοντας, αναμορφώνοντας, καθυποτάσσοντας, αναδημιουργεί, εντείνοντάς τους κάπως, όλους τους μηχανισμούς που υπάρχουν κιόλας στο ελληνικό σώμα; Η φυλακή είναι ένας στρατώνας κάπως αυστηρός, σχολείο χωρίς επιείκεια, ζοφερό εργαστήρι - αλλά ουσιαστικά, τίποτα το ποιοτικά διαφορετικό» (Foucault, 1976: 305).

1.1.1. Η εξέλιξη του σωφρονισμού στην Ελλάδα

Το ελληνικό σωφρονιστικό σύστημα γνώρισε πολλές μεταρρυθμίσεις, για παράδειγμα μεταρρυθμίσεις που σχετίζονταν με τον τρόπο διαβίωσης ή τις ποινές που επιβάλλονταν στους κρατουμένους κτλ.

«Όπως είναι ευνόητο, στο προϊσχύσαν δίκαιο, δηλαδή τον Ποινικό Νόμο του Μάουρερ (1834), δεν υπήρχε διάταξη που να προβλέπει τη μετατροπή οποιασδήποτε περιοριστικής της ελευθερίας ποινής. Ο Ποινικός Νόμος, όντας επηρεασμένος από το βαυαρικό Ποινικό Νόμο του 1813, ήταν προσηλωμένος στις αντιλήψεις της εποχής που θεωρούσαν ως βασικό τρόπο αντιμετώπισης της εγκληματικότητας τη στέρηση της ελευθερίας του εγκληματία. Οι ποινές, λοιπόν, που προέβλεπε ήταν ο θάνατος, τα ισόβια ή πρόσκαιρα (10-20 χρόνια) δεσμά και η ειρκτή (5-10 χρόνια) για τα κακουργήματα, η φυλάκιση (8 ημέρες 5 χρόνια) και η χρηματική ποινή για τα πλημμελήματα, η κράτηση και το πρόστιμο για τα πταίσματα» (Δομάζου, 2007:1).

Στην Ελλάδα η φυλάκιση θεωρείται η πιο άμεση και η πιο πολιτισμένη από όλες τις ποινές. Από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα η ποινή φυλάκισης καλύπτει ταυτόχρονα και τη στέρηση της ελευθερίας και τη τεχνική μεταμόρφωση των ατόμων. Επίσης από το 19^ο αιώνα υπολανθάνει στο μυαλό του νομοθέτη η ιδέα της μεταβολής του είδους της ποινής ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κατηγορουμένου.

Πρόκειται για ιδιαίτερα πρωτοποριακή ρύθμιση και, όπως θα δούμε, μόλις το 1996 θέσπισε ο σύγχρονος νομοθέτης κάτι ανάλογο. Εξάλλου η μετατροπή των ποινών από έναν έως τρεις μήνες ήταν δυνητική για το δικαστήριο που έπρεπε να εκτιμήσει το χαρακτήρα του κατηγορούμενου και τις περιστάσεις. Ούτως ή άλλως παρέμενε το δικαίωμα του καταδικασθέντος σε ποινή μέχρι ένα έτος να ζητήσει τη μετατροπή μετά

την έκτιση του μισού της ποινής. Επιπλέον τότε ήταν η πρώτη φορά που στις διατάξεις συμπεριλήφθησαν κριτήρια προσδιορισμού του ποσού της μετατροπής. Ως τέτοια αναφέρονται η οικονομική κατάσταση του καταδικασθέντος, οι οικογενειακές και επαγγελματικές του υποχρεώσεις, η ικανότητα προς πληρωμή και εργασία, καθώς και η κατάσταση του ποινικού μητρώου του. (Δομάζου, 2007:1).

«Τελικά η εισαγωγή του θεσμού της μετατροπής συντελέστηκε με το ν.ΓΩΙ /1911 κατόπιν πρωτοβουλίας του Υπουργού Δικαιοσύνης της Κυβέρνησης Βενιζέλου Νικόλαου Δημητρακόπουλου (1864-1921). Στην Αιτιολογική Έκθεση του νόμου αυτού παρατίθεται ως δικαιολογητική βάση της νέας ρύθμισης η αναγνώριση των σοβαρών μειονεκτημάτων των βραχυχρόνιων κατά της ελευθερίας ποινών (Επετηρίς Υπουργείου Δικαιοσύνης Α, 1911, σελ. 342). Με το νόμο αυτό παρεχόταν η δυνατότητα στον καταδικασθέντα σε ποινή κράτησης ή φυλάκισης από μια εβδομάδα έως ένα έτος να ζητήσει μετά την έκτιση του μισού της ποινής, τη μετατροπή του υπολοίπου σε χρηματική ποινή ή πρόστιμο. Η μετατροπή γινόταν από τον αρμόδιο εισαγγελέα, ο οποίος ήταν υποχρεωμένος να προβεί σ' αυτή κατόπιν αιτήσεως του καταδικασθέντος χωρίς να ελέγξει τη συνδρομή κάποιας άλλης προϋπόθεσης. Παρατηρούμε δηλαδή ότι ο νόμος δεν αντιμετώπιζε τα μειονεκτήματα των βραχυχρόνιων στερητικών της ελευθερίας ποινών αφού ο καταδικασθείς ήταν υποχρεωμένος να υποβληθεί προηγουμένως στην εκτέλεση της ποινής και μάλιστα μέχρι να συμπληρωθεί το μισό της διάρκειάς της. Ο παραλογισμός αυτός αντιμετωπίστηκε εν μέρει με τις σημαντικές τροποποιήσεις που επέφερε ο ν.3782/1929. Ο νόμος αυτός προέβλεπε κατ' αρχήν ότι όλες ανεξαιρέτως οι ποινές φυλάκισης ή κράτησης μέχρι ενός μηνός μετατρέπονται υποχρεωτικά σε χρηματική ποινή ή πρόστιμο» (Δομάζου, 2007:1).

Το 1924 είχαν γίνει κάποιες ενέργειες των οποίων η σημασία θα φανεί αργότερα. Έτσι το άρθρο 45 ορίζει ότι στον καταδικασθέντα σε χρηματική ποινή μπορεί να επιτραπεί η έκτιση της ποινής με παροχή προσωπικής εργασίας υπέρ του Κράτους ή ορισμένου Δήμου ή Κοινότητας, εφόσον παρουσιάζεται σχετική ευκαιρία. Πρόκειται εδώ για προάγγελο του θεσμού της παροχής κοινωφελούς εργασίας, ο οποίος εισήχθη τελικά στο ελληνικό δίκαιο 67 χρόνια αργότερα!

Η κωδικοποίηση των νόμων, η κατάργηση της «ιεροξεταστικής» λογικής επί τη βάση των αποδεικτικών μέσων και στοιχείων, η χρήση της ορθολογικής σκέψης στην απόδειξη, η υπόθεση της αθωότητας του κατηγορουμένου μέχρι αποδείξεως του εναντίου, η εύλογη αναλογία μεταξύ αδικημάτων και ποινών, το δικαίωμα του κατηγορούμενου σε ότι έχει να κάνει με την υπεράσπιση του, όλα αυτά αποτελούν μια τομή στην Ελλάδα του 18ου αιώνα. Βέβαια σε όλα αυτά ένα είναι σίγουρο ότι ο άνθρωπος δεν θα σταματήσει ποτέ να αναζητά ένα ποινικό δίκαιο προσαρμοσμένο στην κοινωνική εξέλιξη και στα σύγχρονά προβλήματα.

1.2. Ο αριθμός των κρατουμένων και το είδος των παραβάσεων

Ο αριθμός των κρατουμένων στις ελληνικές φυλακές το 1982 ανέρχονταν σε 6.417 ενώ το 1983 σε 7.043 άτομα. Αυτό σημαίνει ότι ανά τετραγωνικό μέτρο ο αριθμός των κρατουμένων είναι αρκετά μεγάλος, έτσι επηρεάζονται αλληλένδετα και οι συνθήκες κρατήσεις τους στα σωφρονιστικά καταστήματα.

Στις μέρες μας ο αριθμός των κρατουμένων θα έπρεπε κανονικά να σχετίζεται με τη δυνατότητα των φυλακών, πόσα άτομα δηλαδή μπορεί να φιλοξενήσει, αυτό βέβαια δεν έχει καμία σχέση με τη πραγματικότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η

Φυλακή Νέας Αλικαρνασσοῦ όπου διαβιούν 400 κρατούμενοι τη στιγμή που η χωρητικότητα είναι 280 με 300 άτομα. Λόγω υπερπληθυσμού στις φυλακές δημιουργούνται μεγάλα προβλήματα. «Ειδικότερα σε έρευνα του Ο.Ο.Σ.Α. σχετικά με τη κατάσταση που επικρατεί σε όλη την υφήλιο, σε ότι αφορά στα ποσοστά πληρότητας των σωφρονιστικών καταστημάτων καταγράφει πως η Ελλάδα κατέχει τα παγκόσμια πρωτεία της κατηγορίας, με πληρότητα 179% όταν ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων της έρευνας βρίσκεται στο 109%. Στην ίδια θέση με τη χώρα μας, σε συνωστισμό κρατουμένων στις φυλακές βρίσκονται η Ουγγαρία, η Ιταλία, η Ισπανία και το Μεξικό. Σύμφωνα, επίσης, με στατιστικά στοιχεία που παρέχει το Υπουργείο Δικαιοσύνης (ετών 1999- 2002):

ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ (1999-2002)

Ημ/νία	Χωρητικότητα φυλακών	Αριθμός κρατουμένων
1/1/1999	4502	7280
1/1/2000	4700	7625
1/1/2001	4825	8295
1/1/2002	5284	8507

Τα παραπάνω στοιχεία σχετίζονται με τη κατάσταση που επικρατεί στα σωφρονιστικά καταστήματα της Ελλάδας σε γενικότερο βαθμό» (Πανάγος, 2008:1).

Η δυσαναλογία κτιριακής υποδομής – αριθμού κρατουμένων, που περιγράφεται παραπάνω, θεωρείται γενικά το πρώτο χαρακτηριστικό της «κρίσης των φυλακών». Εξαιτίας του υπερπληθυσμού χάνεται η ιδιωτικότητα του ατόμου, η ησυχία και η ψυχική ηρεμία που κάθε άνθρωπος αποζητά, παρουσιάζονται κίνδυνοι μόλυνσεων κτλ. Ένα όμως από τα κυριότερα προβλήματα που δημιουργεί ο υπερπληθυσμός μέσα στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι οι αυτοκτονίες των κρατουμένων. Σε μελέτη μάλιστα της σχέσης ποσοστού πληρότητας των φυλακών και αυτοκτονιών των κρατουμένων στα κράτη-μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης διαπιστώθηκε θετική η σχέση, δηλαδή αύξηση

του αριθμού των αυτοκτονιών των κρατουμένων στα κράτη του Συμβουλίου της Ευρώπης, όσο αυξάνεται το ποσοστό πληρότητας των φυλακών (Council of Europe, 1993: 6).

Σε ότι έχει να κάνει με τα αδικήματα για τα οποία πολύ συχνά καταδικάζονται και φυλακίζονται οι παραβάτες, έχουν κατά καιρούς δοθεί στατιστικά στοιχεία από μελέτες που περιγράφουν τη συχνότητα του είδους ενός εγκλήματος όπως για παράδειγμα, το 32,6% αφορούν εγκλήματα που έχουν να κάνουν με τη χρήση βίας ενώ το 41% έχει να κάνει με εγκλήματα που αφορούν περιουσιακά στοιχεία και κλοπές (Cusson, 2002). Η συγκεκριμένη αναφορά γίνεται γιατί όπως είδαμε ύστερα από επαφή με τη κοινωνική υπηρεσία των φυλακών της Αλικαρνασσού τα συχνότερα αδικήματα για τα οποία κατηγορούνται ή έχουν καταδικαστεί οι κρατούμενοι είναι εγκλήματα βίας, ληστείες, ανθρωποκτονίες, οπλοφορία - οπλοχρησία, βιασμοί, ναρκωτικά και εγκλήματα κατά της ιδιοκτησίας και της περιουσίας.

Όμως πρέπει να αναφερθεί πως δεν είναι εύκολο να καταγραφούν τα ποσοστά αυτά με απόλυτη ακρίβεια και ο λόγος είναι ότι η Στατιστική της Δικαιοσύνης δίνει πολλές φορές διαφορετικά ποσοστά από τον Ποινικό Κώδικά. Όμως, γενικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα ποσοστά αυτά είναι μια καλή ευκαιρία ώστε να μελετηθούν τα είδη των εγκλημάτων για τα οποία κρατούνται οι έγκλειστοι.

1.3. Ομοιότητες της κοινωνίας των ελεύθερων πολιτών με αυτή των κρατουμένων

«Η κοινωνία της φυλακής είναι διαμορφωμένη σε τρία επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αποτελείται από το μικρό πυρήνα των αρχηγών και των φίλων τους, δηλαδή τους ευνοημένους, το δεύτερο από ένα μεγαλύτερο αριθμό κρατουμένων που φιλοδοξούν να συμπεριληφθούν στον ηγετικό αυτό πυρήνα και που θα έκαναν τα πάντα για επιτύχουν

το σκοπό τους και στο τρίτο και τελευταίο επίπεδο έχουμε το μεγάλο αριθμό των κρατουμένων που ενεργοποιούνται σπάνια κυρίως όταν γίνεται κάποια μεγάλη σε έκταση σύγκρουση με μία ή και με πολλές ομάδες» (Λαμπροπούλου 1994:255).

Βέβαια, όπως είναι αναμενόμενο, μέσα στις ομάδες αυτές οι κρατούμενοι υιοθετούν ρόλους και χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν και το προφίλ τους μέσα στη φυλακή. Έτσι οι τύποι των κρατουμένων είναι ο «ωραίος», ο «ψευτοπαλληκαράς», ο «ρουφιάνος» και ο «μάγκας». «...Ο «ωραίος», ο οποίος αντιστοιχεί στον right guy των αμερικάνικων ερευνών, κρατά τις αποστάσεις και από το προσωπικό και από τους συγκρατούμενους του, αλλά σε κρίσιμες καταστάσεις υπερασπίζεται το δίκαιο των κρατουμένων. Ο «ψευτοπαλληκαράς», που αντιστοιχεί στο τύπο του ανθρώπου που από τη μια δείχνει να είναι υπέρ των δικαιωμάτων των κρατουμένων αλλά όμως δεν πάει ενάντια στους κανονισμούς γιατί φοβάται (outlaw). Ο «ρουφιάνος», που είναι το καρφί της φυλακής και ο «μάγκας» που είναι απείθαρχος με τους κανονισμούς αλλά πάντα αλληλέγγυος προς τους συγκρατούμενους του» (Λαμπροπούλου 1994: 256).

Τέλος να αναφέρουμε και μια έρευνα που έγινε από τη Panagouros το 1979 στις γυναικείες φυλακές του Κορυδαλλού και επιβεβαίωσε το μοντέλο της πολιτισμικής διαφοράς. «Χρησιμοποίησε έναν συνδυασμό μεθόδων και τεχνικών για την έρευνά της, δηλαδή συμμετοχική παρατήρηση, συνεντεύξεις με τις κρατούμενες και το προσωπικό, ανάλυση φακέλων, ευχετήριων καρτών, προσωπικό εγγράφων των κρατουμένων, συχνότητα επισκεπτηρίου» (Λαμπροπούλου 1994: 256). Με τον τρόπο αυτό η ερευνήτρια έβγαλε ορισμένα συμπεράσματα που σχετίζονταν με τις αξίες. Διαπίστωσε ότι οι αξίες της ελληνικής κοινωνίας και οι αξίες στη ζωή των φυλακών παρουσιάζουν έντονες ομοιότητες.

Όλα τα παραπάνω ισχύουν και σήμερα άλλωστε είναι γνωστή σε όλους η φράση: «το μεγάλο ψάρι τρώει το μικρό». Η Panagourouλος μελέτησε επίσης την αντιμετώπιση της κρατούμενης από το προσωπικό αλλά και από τις συγκρατούμενες της. Σαν αποτέλεσμα μέσα από την έρευνα βγήκε πως πραγματικά η φυλακή είναι ένας μικρόκοσμος όπου υπάρχουν οι ισχυροί αλλά και οι αδύναμοι οι οποίοι πέφτουν συχνά θύματα εκμετάλλευσης. «Ο μικρόκοσμος της κοινωνίας της φυλακής δε διαφέρει καθόλου από το μακρόκοσμο της κοινωνίας των νομοταγών. Ο νόμος ότι το μεγάλο ψάρι τρώει το μικρό ισχύει και εδώ και μάλιστα με τις ευλογίες του σωφρονιστικού προσωπικού» (Κουράκης και συν., 1995: 256).

Είναι ευρέως γνωστό ότι το σωφρονιστικό σύστημα της Ελλάδας παρουσιάζει πολλά λειτουργικά προβλήματα. Αρνητικά χαρακτηριστικά των σωφρονιστικών καταστημάτων της Ελλάδας είναι η έλλειψη της κατάλληλης κτιριακής υποδομής, η έλλειψη προσωπικού, η ελλιπής κατάρτιση των σωφρονιστικών προγραμμάτων που δε μπορούν να καλυφθούν από τον εκάστοτε κρατικό προϋπολογισμό.

«Η απόγνωση των κρατουμένων για τις συνθήκες κράτησής τους αποδεικνύει, και στον τομέα αυτό, την αναποτελεσματικότητα του κράτους να τους παράσχει ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης και ασφάλειας στις υπάρχουσες φυλακές. Είναι γνωστό σε όλους ότι η κατάσταση είναι συχνά εκτός ελέγχου λόγω της δράσης εγκληματικών ομάδων, αποτελούμενων από κρατούμενους και επίορκους κρατικούς λειτουργούς, στο εσωτερικό των φυλακών. Η έκθεση-καταπέλτης του Συμβουλίου της Ευρώπης περιγράφει με τα μελανότερα χρώματα τη κατάσταση στις ελληνικές φυλακές. Πέραν του ανθρωπιστικού ζητήματος, το κατ' επίφαση «σωφρονιστικό σύστημα»

κοστίζει τεράστια ποσά στον φορολογούμενο πολίτη. Η Φιλελεύθερη Συμμαχία προτείνει δέσμη μέτρων που θα συμβάλλουν, αν και όποτε εφαρμοστούν, στην επίλυση αυτού του οξύτατου κοινωνικού προβλήματος» (Φιλελεύθερη λαλιά, 2008:1)

Ουσιαστικά η Φιλελεύθερη Συμμαχία (ομάδα κρατουμένων από όλα τα σωφρονιστικά καταστήματα της Ελλάδας) προτείνει να δοθεί η δυνατότητα σε ειδικευμένες ιδιωτικές εταιρείες να κατασκευάσουν, ή να χρονομισθώσουν, την κτιριακή υποδομή σωφρονιστικών καταστημάτων, τα οποία στη συνέχεια θα στελεχώσουν με διοικητικό προσωπικό και σωφρονιστικούς υπαλλήλους ώστε να προσφέρουν τις υπηρεσίες που θα καθορίζονται από λεπτομερείς συμβάσεις σχετικά με τη διοίκηση και διαχείριση των σωφρονιστικών αυτών καταστημάτων. Μια ουτοπική πρόταση η οποία είναι δύσκολο έως και ακατόρθωτο να πραγματοποιηθεί καθώς πάντα θα υπάρχουν κάποιοι παράγοντες, κυρίως πολιτικοί, που θα υπονομεύουν αυτές τις ενέργειες.

Θα πρέπει όλοι μας να αντιληφθούμε πως εκεί μέσα ζουν άνθρωποι οι οποίοι μπορεί να υπέπεσαν σε λανθασμένες - για τα σύγχρονα κοινωνικά δεδομένα - πράξεις αλλά παρόλα αυτά το κράτος θα πρέπει να τους βοηθήσει ώστε όταν έρθει η ώρα της αποφυλάκισής τους να μπορέσουν να προσαρμοστούν στην κοινωνία με το καλύτερο δυνατό τρόπο.

Κεφάλαιο 2^ο

Η λειτουργία των φυλακών σύμφωνα με το ελληνικό δίκαιο

Η παραμονή των κρατουμένων στις φυλακές, οι συνθήκες και ο τρόπος διαμονής τους ρυθμίζονται από το Σωφρονιστικό Κώδικα. Αυτός καθορίζει με κάθε λεπτομέρεια και σύμφωνα με τις αρχές της σωφρονιστικής επιστήμης, τις ώρες ανάπαυσης, ψυχαγωγίας, φαγητού, τις άδειες τα επισκεπτήρια κ.τ.λ.

Σύμφωνα με το Ποινικό Κώδικα (ΠΚ), φυλάκιση είναι η ποινή με την οποία τιμωρούνται τα πλημμελήματα και τα κακουργήματα. Όταν διαπράττονται γίνονται κατά συρροή εγκλήματα ο δράστης μπορεί να καταδικαστεί και σε δέκα χρόνια φυλάκισης. Με φυλάκιση επίσης μπορεί να τιμωρηθεί και ο δράστης κακουργήματος στις περιπτώσεις εκείνες που επιβάλλεται ποινή ελαττωμένη σύμφωνα με το άρθρο 83 ΠΚ ή εάν συντρέχουν ελαφρυντικές περιστάσεις. Βέβαια από την τροπή αυτή της ποινής της κάθειρξης σε ποινή φυλάκισης η πράξη δε παύει να θεωρείται κακούργημα.

Όταν ο δράστης καταδικαστεί σε φυλάκιση, με εξαίρεση βέβαια τις περιπτώσεις που προβλέπει ο νόμος, επιβάλλεται και η στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων για ένα ή και πέντε χρόνια. Αυτό γίνεται σε περίπτωση που η ποινή που επιβλήθηκε στο κατηγορούμενο είναι τουλάχιστον ενός έτους και αν η πράξη που έχει γίνει φανερώνει από τα αίτια, το είδος, τον τρόπο εκτέλεσής της και από όλες τις περιστάσεις ηθική διαστροφή του χαρακτήρα του δράστη. «Κατά τις βουλευτικές εκλογές και τις εκλογές για την ανάδειξη των ελλήνων ευρωβουλευτών οργανώνονται εκλογικά τμήματα σε κάθε κατάσταση κράτησης. Οι κρατούμενοι που έχουν το δικαίωμα του εκλέγειν, είναι εγγεγραμμένοι στους εκλογικούς καταλόγους και δεν τους έχει επιβληθεί αμετάκλητα ποινή στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων τους, ψηφίζουν με βάση ειδικούς εκλογικούς

καταλόγους, με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 27 του π.δ. 55/1999(ΦΕΚ 58 Α΄)» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 24/12/1999: 2).

Το δικαστήριο όμως μπορεί σε περίπτωση φυλάκισης να επιβάλλει μερική αποστέρηση ορισμένων δικαιωμάτων του δράστη αν προκύψει ότι αποκλείεται το ενδεχόμενο να γίνει κατάχρηση των δικαιωμάτων που διατηρούνται. «Δικαίωμα του εκλέγειν- Άρθρο 5. Κατά τις βουλευτικές εκλογές και τις εκλογές για την ανάδειξη των Ελλήνων ευρωβουλευτών οργανώνονται εκλογικά τμήματα σε κάθε κατάσταση κράτησης. Οι κρατούμενοι που έχουν το δικαίωμα του εκλέγειν είναι εγγεγραμμένοι στους εκλογικούς καταλόγους και δεν τους έχει επιβληθεί αμετάκλητα παρεπόμενη ποινή στέρησης πολιτικών δικαιωμάτων, ψηφίζουν με βάση ειδικούς εκλογικούς καταλόγους, με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 5 του Π.Δ. 55/1999 που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 24/12/1999: 3).

Γενικότερα τα σωφρονιστικά καταστήματα δεν στερούν από τους κρατούμενους τα δικαιώματά τους. Είναι ελεύθεροι να αναπτύξουν την προσωπικότητά τους και να ασκήσουν τα δικαιώματα που τους αναγνωρίζει ο νόμος.

Όσον αφορά την ισότητα των κρατουμένων μέσα στα σωφρονιστικά καταστήματα, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το άρθρο 3 περί ισότητας στη μεταχείριση των κρατουμένων «Απαγορεύεται κάθε δυσμενής διακριτική μεταχείριση των κρατουμένων, ιδίως εκείνη που βασίζεται στη φυλή, το χρώμα, την εθνική ή την κοινωνική καταγωγή, το θρήσκευμα, την περιουσία ή τις ιδεολογικές πεποιθήσεις. Ειδική μεταχείριση επιτρέπεται μόνο όταν δικαιολογείται από τη νομική ή πραγματική κατάστασή τους, όπως υπόδικων και κατάδικων, έγγαμων και άγαμων, ανήλικων και ενήλικων, γυναικών και ανδρών, ατόμων με ειδικές ανάγκες ή για τις θρησκευτικές ή

άλλες πεποιθήσεις εφόσον γίνεται υπέρ του κρατουμένου και προς την εξυπηρέτηση των ειδικών αναγκών που απορρέουν από τη κατάσταση στην οποία ευρίσκεται» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 24/12/1999: 1).

Παρατηρώντας τον τρόπο λειτουργίας των καταστημάτων κράτησης, των σωφρονιστικών καταστημάτων βλέπουμε το ωρολόγιο πρόγραμμα λειτουργίας του καταστήματος κράτησης για τους κρατούμενους να είναι το εξής:

07:30-Εγερτήριο-Άνοιγμα των κελιών και των θαλάμων-Καταμέτρηση των κρατουμένων.

07:45-Διανομή προγεύματος.

08:00-12:00-Άθληση, εργασία, εκπαίδευση, συμμετοχή σε προγράμματα, ελεύθερος χρόνος. Ασχολίες γενικής ψυχαγωγίας.

12:00-Διανομή γεύματος.

12:15-Μεσημβρινό κλείσιμο κελιών και θαλάμων- καταμέτρηση κρατουμένων.

12:30-15:00-Μεσημβρινή ανάπαυλα

15:00-Απογευματινό άνοιγμα καταστήματος

15:00 έως μισή ώρα πριν από τη δύση: Άθληση, εργασία, εκπαίδευση, συμμετοχή σε προγράμματα, ελεύθερος χρόνος.

Μισή ώρα πριν από τη δύση ηλίου: Βραδινό κλείσιμο καταστήματος-Διανομή δείπνου- Τελική καταμέτρηση. Επιτρέπεται η παραμονή κρατουμένων στις πτέρυγες με κλειστές τις κιγκλίδες κατά τη χειμερινή περίοδο έως τις 20:30 και κατά τη θερινή περίοδο έως τις 21:00. Μετά τις ώρες αυτές οι κρατούμενοι εγκλείονται στα κελιά η τους θαλάμους τους έως το επόμενο πρωί. Η τήρηση του ωρολογίου προγράμματος είναι υποχρεωτική» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 17-4-2003: 3-4).

Γενικότερα θα πρέπει να αναφέρουμε ότι οι κλειστές φυλακές με το αυστηρό καθεστώς πειθαρχίας και τον ιδιαίτερο τρόπο λειτουργίας έχουν αρνητικές επιδράσεις τόσο στην ίδια τη φυλακή καθώς δημιουργούνται συχνά έντονα προβλήματα μεταξύ των κρατουμένων και της διεύθυνσης όσο και με το ψυχισμό των κρατουμένων.

2.1 Συνθήκες κράτησης, η επαφή των κρατουμένων με τον έξω κόσμο, η πειθαρχία και η απομόνωση

Από τη στιγμή που οι κατάδικοι περνούν τη πόρτα της φυλακής, το κράτος και τα σωφρονιστικά καταστήματα έχουν αναλάβει την ευθύνη τους. Υπάρχουν ειδικές διατάξεις του συντάγματος και νομοθετικά κείμενα, που καθορίζουν τον τρόπο ζωής και τις υποχρεώσεις των κρατουμένων αλλά και τη συμπεριφορά όλων όσων εργάζονται σε κλειστά σωφρονιστικά ιδρύματα.

Για παράδειγμα, στον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης Τύπου Α&Β - κεφάλαιο Γ άρθρο 8 - αναφέρεται η λειτουργία των καταστημάτων κράτησης, η οργάνωση του χρόνου των κρατουμένων καθώς και η οργάνωση των υπηρεσιών του προσωπικού.

Αναφερόμενοι στις συνθήκες κράτησης των ελληνικών σωφρονιστικών καταστημάτων πρέπει αρχικά να σταθούμε στους ανθρώπους που εργάζονται εκεί. Το προσωπικό λοιπόν των κλειστών σωφρονιστικών καταστημάτων χρειάζεται να έχει μια σχετική παιδεία και την απαραίτητη επαγγελματική κατάρτιση. «Τα διακρατικά κείμενα και το ελληνικό νομικό σύστημα, ως υπερκρατική εξουσία δεσμεύουσα την πολιτειακή κυριαρχία, επιβάλλουν κάθε άτομο που έχει στερηθεί την ελευθερία του να έχει δικαίωμα

σε μια μεταχείριση ανθρώπινη που σέβεται την έμφυτη αξιοπρέπεια του ανθρώπινου προσώπου» (Κουράκης και συν., 1995:251).

Είναι υποχρέωση του κράτους να κάνει πιο ανθρώπινη τη παραμονή των κρατουμένων και επιβάλλεται να ελαχιστοποιούνται οι δυσμενείς συνέπειες της στέρησης της ελευθερίας. Έτσι καταβάλλεται μια προσπάθεια ώστε να μη διαφέρει και πολύ ποιοτικά η ζωή στις φυλακές από τη διαβίωση στον έξω κόσμο και σε άλλα σημεία εκτός βέβαια από το περιορισμό της ελευθερίας του ατόμου και το ωρολόγιο πρόγραμμα που ακολουθείται για να τηρείται μια σχετική τάξη. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν προβλήματα τα οποία δεν έχουν ξεπεραστεί και το κράτος θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να καλυφθούν οι ελλείψεις αυτές, όπως για παράδειγμα προβλήματα που σχετίζονται με την υποδομή των φυλακών ή τον υπερπληθυσμό.

Γενικά θα πρέπει να υπάρχει ένας σχετικός έλεγχος για το εάν πληρούνται στις ελληνικές φυλακές οι όροι της ημιελεύθερης διαβίωσης έτσι όπως το νομοθετικό πλαίσιο προβλέπει. «Κρατούμενοι του Κορυδαλλού παρέμειναν δέκα μέρες στην απομόνωση, σε 6τ.μ. με ένα στρώμα για κρεβάτι, μια κουβέρτα παρ' όλο που σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές προδιαγραφές, οι άνθρωποι αυτοί έπρεπε να βγαίνουν τουλάχιστον μια ώρα την ημέρα από την απομόνωση και να μπορούν να κάνουν ένα ντους την εβδομάδα» (Ελευθεροτυπία,08-02-2008:2) «...το πειθαρχείο, οι ξυλοδαρμοί, η επικράτηση του ισχυρού και η ασπιρίνη που δίνεται για κάθε ασθένεια συνθέτουν την εικόνα της καθημερινής ζωής των κρατουμένων στα κλειστά σωφρονιστικά καταστήματα» (Κοντράρου, 1995:20).

Όσον αφορά την επικοινωνία των κρατουμένων με τον έξω κόσμο πρέπει να πούμε ότι η ανάγκη επικοινωνίας είναι πολύ μεγάλη. Οι κρατούμενοι νιώθουν και είναι

πιεσμένοι και αποκομμένοι απ' τους δικούς τους ανθρώπους και από τον έξω κόσμο, έτσι και η πολιτεία σύμφωνα με τις διατάξεις του συντάγματος είναι υποχρεωμένη να δίνει τη δυνατότητα επικοινωνίας στους εγκλείστους.

Άλλωστε τους έχει αφαιρεθεί το δικαίωμα της ελευθερίας και όχι της επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους. Αυτό αποδεικνύεται από τα άρθρα 22, 23 και 24 του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης Α&Β τύπου που αναφέρονται στην τηλεφωνική επικοινωνία του κρατούμενου με τα οικία του πρόσωπα, στην αλληλογραφία με τα άτομα του οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος και στις άδειες που μπορούν να πάρουν κρατούμενοι αντίστοιχα.

Παρατηρούμε λοιπόν πως - αν και δύσκολα - ο κρατούμενος μπορεί να διατηρήσει επαφές με τον κοινωνικό του περίγυρο ώστε να μην νιώθει τελείως αποκομμένος από την υπόλοιπη κοινωνία. Έτσι επιτρέπεται η επικοινωνία των κρατουμένων σε σωφρονιστικά καταστήματα με τα οικεία τους πρόσωπα είτε με αλληλογραφία είτε με τηλεφωνική επαφή είτε με επισκεπτήρια ή ακόμα και με άδειες των κρατουμένων ύστερα από ειδική άδεια που χορηγείται από το συμβούλιο, ο κατηγορούμενος που θέλει να ζητήσει άδεια καταθέτει τα χαρτιά του στη κοινωνική υπηρεσία των φυλακών η οποία και τον παραπέμπει στο συμβούλιο. «Τα τελευταία χρόνια εφαρμόστηκε το μέτρο της άδειας. Η χορήγηση της στο κρατούμενο, πολλές φορές, γίνεται αντικείμενο εύνοιας ή εμπορίου ή μέσο «χαφιεδισμού» παρ' όλα αυτά έχει ενεργητικά αποτελέσματα και το ποσοστό των παραβιάσεων βρίσκεται κάτω από το διεθνή μέσο όρο». (Πρωτοβουλία για τα Δικαιώματα των Κρατουμένων, 2007 :4)

Είναι πολύ σημαντικό για τους φυλακισμένους να είναι σε θέση να διατηρούν ευλόγως καλές επαφές με τον έξω κόσμο και αυτό γιατί η συνέχιση αυτών των σχέσεων

είναι καίριας σημασίας για την κοινωνική αποκατάσταση του φυλακισμένου. «Εκείνο που φαίνεται ότι διατηρεί το βαρυποινίτη σε υποφερτή σωφρονιστική κατάσταση είναι η ανάγκη να οργανώσει τη ζωή του μέσα στη φυλακή για μεγάλο χρονικό διάστημα και η ελπίδα ότι υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις θα ανακτήσει την ελευθερία του με ανανεωμένες δυνάμεις επανένταξης στη κοινωνία» (Χαλάστρας, 2008:1). «Κάθε περιορισμός σε αυτές τις επαφές πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά σε εύλογους λόγους ασφάλειας ή σε λόγους όρων [οικονομικών περιορισμών]...» (Κουράκης και συν., 1995: 259).

Σύμφωνα με το κώδικα των βασικών κανονισμών των κλειστών ιδρυμάτων Α΄ τύπου κάθε φυλακισμένος δικαιούται τουλάχιστον μια επίσκεψη την εβδομάδα από ένα μέλος της οικογενείας και είναι δυνατό να γίνουν επισκέψεις και από άλλα άτομα. Στους φυλακισμένους επίσης επιτρέπεται να κάνουν τηλεφωνήματα στα οικεία τους πρόσωπα (τουλάχιστον ένα την εβδομάδα) και εκτός από λίγες περιπτώσεις επιτρέπεται και η αλληλογραφία. Επίσης υπάρχει και ένα σύστημα αδειών του οποίου οι όροι και οι κανόνες τα τελευταία χρόνια έγιναν περισσότερο ανθρώπινοι, καθώς παλαιότερα δεν επιτρέπονταν σε κάποιον να πάρει άδεια παρά μόνο για πολύ σοβαρούς οικογενειακούς λόγους ή λόγους υγείας.

Μελετώντας τη κατάσταση των φυλακών της Ελλάδας μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι κρατούμενοι έχουν αρκετές ευκαιρίες ώστε να διατηρήσουν αρκετές επαφές με τον έξω κόσμο. Όμως οι εγκαταστάσεις για την πραγματοποίηση των επαφών αυτών και συγκεκριμένα οι χώροι επισκέψεων συχνά χρειάζονται πολλές βελτιώσεις. «Οι συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιούνται οι επισκέψεις δεν ήταν πάντοτε ικανοποιητικές... η ΕΠΒ (Επιτροπή Πρόληψης Βασανιστηρίων) επιθυμεί να

συστήσει να ληφθούν μέτρα χωρίς καθυστέρηση για να παρέχονται τόσο στους φυλακισμένους όσο και στους επισκέπτες καθίσματα» (Κουράκης και συν., 1995: 351).

Γενικότερα η Επιτροπή Πρόληψης Βασανιστηρίων έχει ως στόχο:

«1 Υπενθυμίζει στην Πολιτεία ότι το ζήτημα της προστασίας των δικαιωμάτων των κρατουμένων στη χώρα μας εξακολουθεί να είναι ένα από τα ζητήματα των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην Ελλάδα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, μελέτης και μέριμνας από τις αρμόδιες ελληνικές Αρχές.

2 Θεωρεί ότι ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί από την Πολιτεία στην προστασία των δικαιωμάτων των ψυχασθενών υπό κράτηση, ατόμων ιδιαίτερα ευάλωτων, όπως έχει ήδη τονίσει η ΕΕΔΑ όπως επίσης των αλλοδαπών και μελών μειονοτικών ομάδων, ατόμων εξίσου ευάλωτων κοινωνικά και νομικά.

3 Τονίζει τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει το Προαιρετικό Πρωτόκολλο της Σύμβασης του ΟΗΕ κατά των Βασανιστηρίων (2002) στη διεθνή και εθνική προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και ειδικότερα των δικαιωμάτων των κρατουμένων.

4 Καλεί την Πολιτεία να προβεί στην προσχώρηση του Πρωτοκόλλου και στην άμεση κύρωσή του και να διασφαλίσει την αποτελεσματική εφαρμογή του» (Παπαδοπούλου, 2003: 3-4).

2.3 Τα κυριότερα αιτήματα των κρατουμένων και οι συνθήκες κράτησης

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε στα κυριότερα αιτήματα των κρατουμένων, που αφορούν στις συνθήκες κράτησης, όπως αυτά έχουν εκφραστεί μέσα από τις εξεγέρσεις που συχνά γίνονται, καθώς και στα βασικά τους δικαιώματα που συχνά καταπατούνται. Συγκεκριμένα:

«Υπερπληθυσμός. Να πάψουν να στοιβάζονται μέσα στους θαλάμους και στα κελιά τόσοι άνθρωποι. Οι ελληνικές φυλακές φιλοξενούν υπερδιπλάσιο αριθμό ατόμων απ' την δυνατότητα χωρητικότητάς τους. Αυτό συνεπάγεται επίσης ότι δεν υπάρχει ποτέ η αίσθηση της ιδιωτικότητας ή της ησυχίας, της στοιχειώδους ηρεμίας. «Στην Ελλάδα οι φυλακές είναι καταστροφικές και χωρίς καν να τηρούνται τα βασικά δικαιώματα με αποτέλεσμα, για παράδειγμα, οι φυλακισμένοι να ζουν στοιβαγμένοι ανά 4-5 άτομα σε μικρά κελιά των δύο και να καταντούν αγρίμια (μπαίνεις ληστής και βγαίνεις δολοφόνος)» (Βουρέκας και Ελευθεριάδης, 2003: 1)

Άδειες. Να γίνεται χρήση του ευεργετικού μέτρου των αδειών. Παρά τις παραγράφους του σωφρονιστικού κώδικα το μέτρο δε τηρείται, πόσο μάλλον σε μετανάστες ή πρόσφυγες που θεωρείται ότι δε μπορούν να δηλώσουν μόνιμη κατοικία.

Μεταγωγές. Να μην χρησιμοποιούνται ως μέσο τιμωρίας (Συνήθως γίνονται χωρίς προηγούμενη ενημέρωση και όπως καταγγέλλουν οι ίδιοι οι κρατούμενοι κάτω από απάνθρωπες συνθήκες).

Μεροκάματα. Να γίνεται χρήση από όλους. Τα μεροκάματα μετριούνται ως μέρες έκτισης της ποινής αλλά ταυτόχρονα και δωρεάν εργασία στο Υπουργείο Δικαιοσύνης μιας και δεν υπάρχει οικονομική αποζημίωση.

Υπηρεσίες. Να υπάρχει ικανός αριθμός ιατρικού προσωπικού και κοινωνικών υπηρεσιών του Υπουργείου, του ΚΕΘΕΑ και άλλων οργανώσεων που παρεμβαίνουν στις φυλακές χωρίς να γίνονται διακρίσεις.

Επικοινωνία. Να υπάρχει η δυνατότητα να επισκεφθεί τους κρατούμενους κάποιος που δεν είναι πρώτου βαθμού συγγενής. Να μην είναι περιορισμένο το επισκεπτήριο σε μέρες και σε ώρες την εβδομάδα και φυσικά να φύγει το τζάμι ανάμεσα στα άτομα που συναντιόνται.

Καθημερινές ανάγκες. Να υπάρχει φροντίδα για τις στοιχειώδεις καθημερινές ανάγκες. Η ύπαρξη ζεστού νερού, αξιοπρεπούς φαγητού, λειτουργία αναγνώστηριου και ο εμπλουτισμός των βιβλιοθηκών, η δυνατότητα να υπάρχει πρόσβαση στην αυλή περισσότερες ώρες και γενικότερα διευκόλυνση στη διαχείριση του χρόνου. «Από το ισχύον δίκαιο προβλέπεται ακόμα ο κρατούμενος να έχει ένα χώρο όπου θα προαυλίζεται θα αθλείται και θα υπάρχει ελευθερία πρόσβασης στη φύση. Εάν λοιπόν δεν του παρέχονται αυτά τότε είμαστε εκτός νόμου...» (Φυτράκης, 2004, :3)

Βασανιστήρια. «Να καταργηθούν τα πειθαρχικά και η απομόνωση καθώς και οι καθημερινές προσβολές της προσωπικής αξιοπρέπειας των κρατουμένων» (ΕΕΔΑ, 2007: 2)

Ένα άλλο μεγάλο θέμα σχετικό με τη παραμονή των φυλακισμένων στα σωφρονιστικά καταστήματα είναι αυτό της πειθαρχίας και της απομόνωσης. Συγκεκριμένα σύμφωνα με όσα καταγράφονται στο σωφρονιστικό κώδικα άρθρο 3 και 4 (Βασικές αρχές λειτουργίας και προστασία προσωπικών δεδομένων των κρατουμένων) οι κρατούμενοι στερούνται μόνο τη φυσική τους ελευθερία. Αυτό σημαίνει ότι συνεχίζουν να διατηρούν το δικαίωμα στην εκπαίδευση, στην υγεία, στην επικοινωνία

και πάνω απ' όλα στην αξιοπρέπεια. Τα πειθαρχικά ζητήματα αναφέρονται λεπτομερώς στο Κώδικα των βασικών κανόνων για την μεταχείριση των φυλακισμένων (κρατουμένων). Οι πράξεις που επιβάλλονται από το νόμο να τιμωρούνται ορίζονται ως πειθαρχικά παραπτώματα, για κάθε πράξη υπάρχει και η ανάλογη ποινή.

«1. Πειθαρχική ποινή δεν επιβάλλεται χωρίς διάταξη νόμου που να ισχύει πριν από την τέλεση του παραπτώματος και να ορίζει τα στοιχεία του, καθώς και τη διαδικασία επιβολής της ποινής.

2. Απαγορεύεται η θέσπιση και επιβολή πειθαρχικών ποινών που αποτελούν βασανιστήρια ή συνεπάγονται σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας. Επίσης απαγορεύονται πειθαρχικές ποινές που συνιστούν στέρηση οποιουσδήποτε θεμελιώδους δικαιώματος του κρατουμένου από τα προβλεπόμενα στα άρθρα 4 έως 6 του παρόντος ή προσβάλλουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ή μπορούν να οδηγήσουν σε διατάραξη των ψυχικών ή πνευματικών λειτουργιών» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 24/12/1999:16)

Η ποινή-τιμωρία είναι μέσο με το οποίο επιβάλλεται η σωστή και εύρυθμη λειτουργία του σωφρονιστικού καταστήματος, η αυστηρότερη ποινή που μπορεί να επιβληθεί σε κάποιο κρατούμενο είναι ο εγκλεισμός σε ειδικό κελί όπου ο κρατούμενος μένει μόνος του για μια με δέκα ημέρες ενώ για τους προφυλακισμένους και τους ανήλικους φυλακισμένους το μέγιστο είναι πέντε ημέρες. «Η κατασκευή των ειδικών κελιών (κελιών απομόνωσης) είναι πανομοιότυπη. Υπόγεια και ημιυπόγεια ατομικά κελιά διαστάσεων 2,5 επί 3μ. κατά μέσο όρο (στην Ελλάδα είναι τα μικρότερα), τεχνητός φωτισμός 24 ώρες το 24ωρο απουσία παραθύρου ή ύπαρξη μικρών παραθύρων σε τυφλά σημεία ώστε οι κρατούμενοι να μην έχουν καμία εικόνα, σιδερένιες πόρτες σε κάθε

άνοιγμα των εσωτερικών διαδρόμων με στόχο τον πλήρη αποκλεισμό» (Βουρέκας, και Ελευθεριάδης, 2004:1).

Η ποινή της απομόνωσης μπορεί να είναι σε συνδυασμό με άλλες κυρώσεις όπως για παράδειγμα την απαγόρευση των επισκέψεων «Επισκεπτήρια σε μικρούς χώρους με τζάμι ή ατσάλινο πλέγμα ενδιάμεσα, μικρή διάρκεια επισκεπτηρίων, κάμερες παρακολούθησης με στόχο τη διαρκή αίσθηση της έκθεσής τους στις αρχές» (Καλαϊτζίδης, 2004:4)

Τα τελευταία χρόνια η ποινή αυτή της απομόνωσης δεν χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό και αυτό φαίνεται και από το μητρώο των πειθαρχικών κυρώσεων. Για να καταλήξει κάποιος κρατούμενος στο κελί της απομόνωσης ακολουθείται μια συγκεκριμένη διαδικασία για την επιβολή της πειθαρχικής ποινής, η απόφαση της πειθαρχικής ποινής πρέπει να είναι επαρκώς αιτιολογημένη. Επίσης ο Διευθυντής μπορεί να διατάξει τον εγκλεισμό σε ειδικό κελί ενός από τους φυλακισμένους που υποφέρει από κάποια μολυσματική ασθένεια ή αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του ή για τους άλλους (άρθρο 94). «Οι συνθήκες κρατήσεως στην μονάδα είναι πολύ λιγότερο κατάλληλες για φυλακισμένους που είναι σε απομόνωση για μη πειθαρχικούς λόγους, ιδιαιτέρως εάν αυτό το μέτρο εφαρμόζεται για μακροχρόνια περίοδο» (Κουράκης και συν., 1995: 355).

Τα κελιά που χρησιμοποιούνται για πειθαρχία και απομόνωση πρέπει να εξοπλίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και τα κανονικά κελιά των φυλακών, συγκεκριμένα ο κώδικας προβλέπει ότι τα ειδικά κελιά εγκλεισμού πρέπει να έχουν το ίδιο μέγεθος με τα κανονικά κελιά. «Ο Κώδικας βασικών κανόνων για την μεταχείριση των φυλακισμένων [κρατουμένων] προβλέπει ότι οι φυλακισμένοι που τοποθετούνται σε

ειδικά κελιά ως τιμωρία ή βάση του κανόνος [άρθρο94] θα έχουν καθημερινώς επίσκεψη ιατρού» (Κουράκης και συν., 1995: 357).

Τέλος να αναφέρουμε ότι θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη διανοητική και φυσική κατάσταση όλων των φυλακισμένων στους οποίους εφαρμόζεται το μέτρο της απομόνωσης σε κελί. «...ο φυλακισμένος μπορεί να τεθεί σε φυσικό περιορισμό επί αρκετές ημέρες και αυτό υποστηρίχθηκε από την περίπτωση ενός ψυχωτικού φυλακισμένου που βρίσκονταν στο χώρο απομόνωσης τον καιρό της επίσκεψης» (Κουράκης και συν.,1995: 375). Συνήθως τα κελιά της απομόνωσης έχουν το ίδιο μέγεθος με τα άλλα κελιά είναι λίγο απομακρυσμένα από τα άλλα κελιά της πτέρυγας και ο τεχνικός φωτισμός είναι επαρκής ενώ τα κελιά αυτά έχουν πολύ λίγο φυσικό φως. Η αρχιτεκτονική των ειδικών κελιών διαφέρει σύμφωνα με τις απόψεις των Βουρέκας-Ελευθεριάδη και του Κουράκη και αυτό οφείλεται στη διαφορετική αρχιτεκτονική με την οποία είναι χτισμένα τα περισσότερα σωφρονιστικά καταστήματα.

Γενικά τα πειθαρχικά θέματα αναφέρονται λεπτομερώς στον Κώδικα βασικών κανόνων για την μεταχείριση των φυλακισμένων. Οι πράξεις που συνιστούν πειθαρχικά παραπτώματα ορίζονται και οι τύποι των ποινών απαριθμούνται αναλυτικά. Για να υπάρξουν όμως κάποιες ισορροπίες χρησιμοποιούνται από μέρους των ελληνικών φυλακών ορισμένα μέτρα πειθαρχίας τα οποία φυσικά είναι ελεγχόμενα. «Η αυστηρότερη ποινή είναι ο εγκλεισμός σε ειδικό κελί για μια με δέκα ημέρες, ενώ το μέγιστο είναι πέντε μέρες για προφυλακισμένους και φυλακισμένους κάτω των 17 ετών. Η ποινή αυτή μπορεί να είναι σε συνδυασμό με άλλες κυρώσεις (π.χ. απαγόρευση επισκέψεων) εν τούτοις, ένας φυλακισμένος που βρίσκεται στην απομόνωση δεν απαγορεύεται να διαβάσει» (Κουράκης και συν.,1995: 352-353).

Ο εγκλεισμός σε ειδικό κελί είναι επίσης ένα από τα μέτρα στα οποία μπορεί να καταφύγει ένας διευθυντής φυλακών «...για τη διατήρηση της τάξεως και για το σκοπό της προστασίας και ειρήνευσης στα σωφρονιστικά καταστήματα» (πρβλ. Κανόνα [άρθρο] 93.1 (ii) του Κώδικα) δε καθορίζεται από χρονικό όριο. Και στη περίπτωση όμως του εγκλεισμού ο νόμος προβλέπει και φροντίζει τα δικαιώματα των κρατουμένων όπως το δικαίωμα τους να ενημερώνονται για τους /το λόγους/ ο του εγκλεισμού τους, το δικαίωμα της ακρόασης, τις διαδικασίες αναθεώρησης, το δικαίωμα προσφυγής σε ανώτερη αρχή κ.λπ. «Η γραπτή αναφορά για την τέλεση πειθαρχικού παραπτώματος υποβάλλεται στο Πειθαρχικό Συμβούλιο. Σε κάθε περίπτωση η υποβολή της αναφοράς μετά την πάροδο δέκα ημερών είναι απαράδεκτη... Ο Πρόεδρος γνωστοποιεί εγγράφως και χωρίς χρονοτριβή στον κρατούμενο το παράπτωμα και τα στοιχεία της υπόθεσης για την οποία υπάρχει σε βάρος του αναφορά και τον καλεί σε υπεράσπιση και απολογία» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 24/12/99).

Οι συνθήκες κράτησης στη μονάδα είναι πολύ λιγότερο κατάλληλες για φυλακισμένους που είναι σε απομόνωση για μη πειθαρχικούς λόγους, ιδιαιτέρως εάν αυτό το μέτρο εφαρμόζεται για μακροχρόνια περίοδο. Υπάρχουν βέβαια και οι περιπτώσεις όπου ο εγκλεισμός ενός κρατουμένου στην απομόνωση γίνεται για ψυχολογικούς λόγους, ή οφείλεται σε κάποια διαταραχή της προσωπικότητας σε αυτή τη περίπτωση κρίνεται απαραίτητο από την ΕΠΒ να δημιουργηθεί μια ειδική μονάδα που θα έχει όλες τις δυνατότητες να βοηθήσει τα άτομα αυτά και να είναι οργανωμένη με συγκεκριμένες προδιαγραφές. «...η μονάδα είναι εντελώς ακατάλληλος τόπος για να δεχτεί κάποιον που χρειάζεται ψυχιατρική φροντίδα. Ούτε το υλικό περιβάλλον, ούτε το προσωπικό (συνήθεις δεσμοφύλακες) είναι κατάλληλοι. Η ΕΠΒ συνιστά να μην

τοποθετούνται τέτοιοι φυλακισμένοι στην μονάδα. Εάν κατ' εξαίρεση πρέπει οι φυλακισμένοι που έχουν συναισθηματική ή ψυχολογική διαταραχή να παραμείνουν στην μονάδα απομόνωσης προσωρινώς, πρέπει να κρατούνται κάτω από διαρκή παρακολούθηση. Περαιτέρω η ΕΠΒ συνιστά τα κελιά στην μονάδα που χρησιμοποιούνται για να φιλοξενήσουν φυλακισμένους που έχουν τεθεί στην απομόνωση για μη πειθαρχικούς λόγους, για να εξοπλισθούν με τον ίδιο τρόπο όπως και τα κανονικά κελιά των φυλακών» (Κουράκης και συν.,1995).

Ο Κώδικας βασικών κανόνων για την μεταχείριση των φυλακισμένων [κρατουμένων] προβλέπει ότι οι φυλακισμένοι που τοποθετούνται σε ειδικά κελιά ως τιμωρία ή βάση του Κανόνος [άρθρου] 94 θα έχουν καθημερινώς επίσκεψη γιατρού. Και τέλος σύμφωνα με ένα διάταγμα της ΕΠΒ κάθε φυλακισμένος που κρατείται σε απομόνωση, σε κελί, αδιαφορώντας για το λόγο για τον οποίο βρίσκεται εκεί έχει το δικαίωμα να ζητήσει να δει γιατρό, γίνεται και να το ζητήσει και ο δεσμοφύλακας για λογαριασμό του, ο γιατρός θα πρέπει να καλείται αμέσως για να εξετάσει το φυλακισμένο.

2.4 Το πλαίσιο λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος της Ελλάδας

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί σήμερα ένα σωφρονιστικό κατάστημα περιγράφεται με κάθε λεπτομέρεια από τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας των Γενικών Καταστημάτων Κράτησης τύπου Α&Β (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 17/4/2003). Το Υπουργείο Δικαιοσύνης έχοντας υπόψη τις ανάγκες και των κρατουμένων αλλά και των εργαζόμενων σε αυτά τα ιδρύματα εγκρίνει τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των καταστημάτων κράτησης τύπου Α&Β ο οποίος έχει ως εξής:

Στο Α΄ κεφάλαιο περιγράφονται οι γενικές αρχές λειτουργίας των φυλακών. Καταγράφονται λεπτομερώς οι τρόποι με τους οποίους εκτελούνται όλες οι ποινές «...ρυθμίζουν λεπτομερώς τους όρους και τις συνθήκες εκτέλεσης των ποινών κατά της ελευθερίας και των συμπληρωματικών μέτρων ασφαλείας (Άρθρο 74 παρ.4 ΠΚ) σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Συντάγματος, της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών και του Σωφρονιστικού Κώδικα...» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 2-3). Δίνονται στο σημείο αυτό και οι απαραίτητες διευκρινήσεις σχετικά με το ρόλο το κάθε αρμόδιου μέσα στα καταστήματα κράτησης όπως είναι το προσωπικό φύλαξης, ο εισαγγελέας-επόπτης, ο διευθυντής ή το ιατρικό προσωπικό. Τα μέλη του προσωπικού εντάσσονται σε κατηγορίες και κλάδους, σύμφωνα με τις ρυθμίσεις και τις διακρίσεις του Υπαλληλικού Κώδικα, του Σωφρονιστικού Κώδικα, του Οργανισμού του Υπουργείου Δικαιοσύνης και του συγκεκριμένου Εσωτερικού Κανονισμού. Τέλος γίνεται αναφορά στις βασικές αρχές και στη προστασία των προσωπικών δεδομένων των κρατουμένων.

Το Β΄ κεφάλαιο σχετίζεται με την εποπτεία των καταστημάτων κράτησης, δηλαδή γίνεται αναφορά σε Εποπτεία, Έλεγχο νομιμότητας, Εισαγγελική εποπτεία. «Τακτικοί και έκτακτοι έλεγχοι διενεργούνται από το Σώμα Επιθεώρησης και Ελέγχου Καταστημάτων Κράτησης σύμφωνα με το νόμο 3090/2002...ο έλεγχος της νομιμότητας κατά την εκτέλεση των ποινών κατά της ελευθερίας και κατά την κράτηση υποδίκων, κρατουμένων για χρέη, «παραμενόντων» και άλλων κατηγοριών κρατουμένων ασκείται από τον αρμόδιο εισαγγελέα – επόπτη... Στο πλαίσιο της εποπτείας ο εισαγγελέας συνεργάζεται με τον διευθυντή και τους προϊσταμένους των τμημάτων του

καταστημάτων και προβαίνει σε υποδείξεις σε θέματα που αφορούν την έκτιση των ποινών...» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 2-3).

Στο Κεφάλαιο Γ' περιγράφεται ο τρόπος λειτουργίας των καταστημάτων κράτησης, η οργάνωση χρόνου των κρατουμένων, η οργάνωση των υπηρεσιών του προσωπικού. Η εισαγωγή και η τοποθέτηση των κρατουμένων στα κελιά, τα πράγματα που επιτρέπεται και αυτά που δεν επιτρέπεται να έχουν μαζί τους κατά την εισαγωγή τους στα καταστήματα κράτησης A&B τύπου. «Για κάθε νεοεισερχόμενο κρατούμενο τηρείται η διαδικασία εισαγωγής που προβλέπεται από τα άρθρα 22 επ. Σωφρονιστικού Κώδικα, κυρίως ως προς τις οριζόμενες σε αυτά προθεσμίες...» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 8).

Η ιατρική περίθαλψη, η άθληση, η ενημέρωση και η ψυχαγωγία είναι ορισμένα από τα δικαιώματα των κρατουμένων ώστε να κάνουν πιο ανθρώπινη τη παραμονή τους στα σωφρονιστικά καταστήματα. Η επικοινωνία με τον έξω κόσμο θεωρείται η δύναμη των εγκλείστων και η ευκαιρία τους να μαθαίνουν και να ενημερώνονται για ότι συμβαίνει έξω από τα κάγκελα των φυλακών.

Αυτό επιτυγχάνεται με τις επισκέψεις, τη τηλεφωνική επικοινωνία, την αλληλογραφία και τις άδειες «Άρθρο 21. Οι κατάδικοι δικαιούνται να δέχονται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα επισκέψεις συζύγων και συγγενών μέχρι τετάρτου βαθμού διάρκειας το λιγότερο μισής ώρας. Το Συμβούλιο Φυλακής καθορίζει το μέγιστο αριθμό των επισκέψεων και τη διάρκειά τους... Άρθρο 22. Η τηλεφωνική επικοινωνία των κρατουμένων πραγματοποιείται μόνο με τα άτομα που έχουν άδεια επίσκεψης από καρτοτηλέφωνα τοποθετημένα με την ευθύνη της υπηρεσίας στο εσωτερικό των πτερύγων, σε αριθμό ικανό για να ικανοποιεί τι ανάγκες των κρατουμένων και σε ώρες

πρωινές ή απογευματινές, όταν τα κελιά και οι θάλαμοι είναι ανοικτοί. Ο χρόνος χρήσης των καρτοτηλεφώνων πρέπει επίσης να είναι τέτοιος ώστε να εξυπηρετεί τις ανάγκες όλων των κρατουμένων... Άρθρο 23. Η επικοινωνία των κρατουμένων με αλληλογραφία πραγματοποιείται με τα άτομα του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντός τους κατά την έννοια του άρθρου 51 Σωφρονιστικού Κώδικα καθώς και με συνηγόρους, δημόσιες εθνικές αρχές, διεθνείς οργανισμούς και οργανώσεις και διπλωματικούς και προξενικούς εκπροσώπους που έχουν αναλάβει ή υπερασπίζονται τα συμφέροντα των κρατουμένων.... Άρθρο 24. Οι τακτικές και εκπαιδευτικές άδειες των κρατουμένων χορηγούνται από το Πειθαρχικό Συμβούλιο και τηρείται ειδικό βιβλίο στο οποίο καταχωρίζεται η ημερομηνία και η ώρα της εξόδου και εισόδου των αδειούχων κρατουμένων, ώστε να ελέγχεται η έγκαιρη επιστροφή τους. Οι έκτακτες άδειες χορηγούνται από τον εισαγγελέα-επόπτη, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 7 παρ. 2 περ. 3 του παρόντος...» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 8-9).

Να σημειωθεί πως για να δοθεί σε ένα κρατούμενο το δικαίωμα της άδειας θα πρέπει να συνεδριάσει τριμελές συμβούλιο όπου αποτελείται από τον εισαγγελέα, το διευθυντή, και το προϊστάμενο του τμήματος διοίκησης, το τριμελές αυτό συμβούλιο θα αποφασίσει για το εάν πρέπει να δοθεί άδεια και υπό ποιες προϋποθέσεις στο κρατούμενο.

Για να εκφράσει ένας κρατούμενος κάποια επιθυμία του, περνάει από ακρόαση. Για τις ακροάσεις των κρατουμένων καθορίζονται συγκεκριμένες ημέρες και ώρες, στις ακροάσεις αυτές λαμβάνουν μέρος ο εισαγγελέας, ο διευθυντής, ο προϊστάμενος του τμήματος διοίκησης «Με ημερήσια διαταγή του διευθυντή, η οποία αναρτάται στους πίνακες ανακοινώσεων των χώρων κράτησης καθορίζονται οι ημέρες και οι ώρες

ακρόασης κάθε μήνα των προσώπων της παραπάνω παραγράφου. Σε περίπτωση αδυναμίας πραγματοποίησης της ακρόασης κατά τη καθορισμένη ημέρα και ώρα, ο εισαγγελέας-επόπτης και το προσωπικό υποχρεούνται να καθορίσουν άλλη ημέρα και ώρα ακρόασης για τον ίδιο σκοπό το πολύ εντός πέντε ημερών ενημερώνοντας σχετικά τους κρατούμενους» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 9).

Σε ότι έχει να κάνει με την εύρυθμη λειτουργία του σωφρονιστικού καταστήματος το Συμβούλιο Φυλακής, Πειθαρχικό Συμβούλιο και το Συμβούλιο Εργασίας των Κρατουμένων συνεδριάζουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα. Στο άρθρο 27 του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας των Γενικών Καταστημάτων Κράτησης περιγράφονται επίσης και οι αρμοδιότητες του συμβουλίου φυλακής. Στο συμβούλιο φυλακής προεδρεύει ο διευθυντής των φυλακών, στόχος κυρίως του συμβουλίου είναι κυρίως η μέριμνα για την επικοινωνία των κρατουμένων με τον έξω κόσμο αλλά και η εύρυθμη λειτουργία του σωφρονιστικού καταστήματος. «Το Συμβούλιο Φυλακής έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Υποβάλλει στο Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο Φυλακών παρατηρήσεις για την εφαρμογή του παρόντος κανονισμού και προτάσεις για την τροποποίηση και συμπλήρωσή του.

2. Εισηγείται στην Κεντρική Επιτροπή Μεταγωγών την εισαγωγή σε καταστήματα τύπου Β΄ ή ειδικά τμήματα των καταστημάτων αυτών κρατουμένων οι οποίοι δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στην κοινή διαβίωση.

3. Προτείνει την παραμονή νεαρών κρατούμενων στα ειδικά καταστήματα ή τμήματα κράτησης νέων, έως τη συμπλήρωση του 25^{ου} έτους της ηλικίας τους για την ολοκλήρωση μορφωτικών ή επαγγελματικών προγραμμάτων.

4. Αποφασίζει μετά το πέρας της διαδικασίας ενημέρωσης των νεοεισερχόμενων κρατουμένων τη προσωρινή ή μόνιμη τοποθέτησή τους σε συγκεκριμένο τμήμα και χώρο του καταστήματος ή προτείνει στην Κ.Ε.Μ. τη μεταγωγή τους σε άλλο καταλληλότερο κατάστημα κράτησης.» (Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας γενικών καταστημάτων κράτησης, τύπου Α&Β 7/4/2003:10) Αναφέρθηκε πιο πάνω πως για την εύρυθμη λειτουργία των φυλακών εκτός από το συμβούλιο φυλακής συμμετέχουν και το Συμβούλιο Εργασίας Κρατουμένων και το Πειθαρχικό Συμβούλιο. Στο Συμβούλιο Εργασίας κρατουμένων προεδρεύει ο εισαγγελέας – επόπτης. Αρμοδιότητες του Συμβουλίου Εργασίας Κρατουμένων είναι

«1. Επιλέγει, κατανέμει και εποπτεύει τους εργαζόμενους κρατούμενους και προσδιορίζει το ωράριο και τις λοιπές ώρες εργασίας και απασχόλησης και κάθε εργαζόμενου κρατουμένου.

2. Προτείνει στον Υπουργό Δικαιοσύνης τον αριθμό των θέσεων εργασίας στο κατάστημα και το χαρακτηρισμό τους ως θέσεων με ευεργετικό υπολογισμό ημερών ποινής και με αμοιβές κάθε είδους.

3. Εγκρίνει την εργασία των κρατουμένων για δικό τους λογαριασμό ή ύστερα από παραγγελία του δημοσίου ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα ή ιδιώτη μέσα στους χώρους κράτησης εφ' όσον δεν παραβλέπονται οι όροι ασφάλειας και εύρυθμης λειτουργίας του καταστήματος.

4. Διατυπώνει σύμφωνη γνώμη για τη συνέχιση της επαγγελματικής απασχόλησης κρατουμένων ή την εργασία η οποία έχει εξευρεθεί γι' αυτούς όταν τους χορηγείται άδεια ημιελεύθερης διαβίωσης.

5. Συνεργάζεται με αρμόδιους επαγγελματικούς ή άλλους φορείς της περιοχής του καταστήματος ή άλλους παρεμφερείς κοινωνικούς φορείς για την επαγγελματική εκπαίδευση, κατάρτιση, μαθητεία ή εξειδίκευση των κρατούμενων, την εξεύρεση εργασίας και την ομαλή εκτέλεσή της.

6. Προτείνει στον εισαγγελέα – επόπτη, τον ευεργετικό υπολογισμό ημερών ποινής σε κρατούμενους, οι οποίοι παρέχουν εργασία οποιασδήποτε μορφής ή απασχολούνται σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης ή κατάρτισης» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 10).

Τέλος το Πειθαρχικό Συμβούλιο στο οποίο προεδρεύει ο εισαγγελέας – επόπτης εξετάζει κυρίως τις γραπτές αναφορές για την τέλεση πειθαρχικών παραπτώματων από τους κρατούμενους και επιβάλλει πειθαρχικές ποινές. Σύμφωνα με το Άρθρο 29 οι αρμοδιότητες του Πειθαρχικού Συμβουλίου είναι οι εξής:

«1. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο στο οποίο προεδρεύει ο εισαγγελέας – επόπτης κυρίως εξετάζει τις γραπτές αναφορές για την τέλεση πειθαρχικών παραπτώματων από τους κρατούμενους και επιβάλλει τις προβλεπόμενες πειθαρχικές ποινές.

2. Χορηγεί στους κρατούμενους τακτικές άδειες απουσίας από το κατάστημα.

3. Χορηγεί στους κρατούμενους άδειες για ημιελεύθερη διαβίωση.

4. Χορηγεί στους κρατούμενους εκπαιδευτικές άδειες.

5. Εισηγείται στο Συμβούλιο Πλημμελειοδικών του τόπου στον οποίο αρχίζει η έκτιση της ποινής για την αντικατάστασή της με παροχή κοινωφελούς εργασίας.

6. Απονέμει σε συνεργασία με τον Υπουργό Δικαιοσύνης ύστερα από πρόταση του Συμβουλίου Φυλακής αμοιβές σε κρατούμενους για τις αξιόπαινες πράξεις τους» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 11). Το άρθρο 30 του Εσωτερικού Κανονισμού

Λειτουργίας αναφέρεται στις μεταγωγές, η μεταγωγή είναι η τοποθέτηση ενός κρατούμενου σε άλλο σωφρονιστικό κατάστημα από αυτό που ήταν. «1. Οι μεταγωγές κρατουμένων παραγγέλλονται α) ύστερα από αίτηση των ίδιων για λόγους προσωπικούς, οικογενειακούς, εκπαιδευτικούς και για τοποθέτηση σε εργασία, β) ύστερα από γνωμάτευση ιατρού για λόγους υγείας, γ) από τον αρμόδιο εισαγγελέα για λόγους δικονομικούς και με πρωτοβουλία του Συμβουλίου Φυλακής ή του διευθυντή για λόγους σχετικούς με την ομαλή λειτουργία του καταστήματος κράτησης.

2. Οι μεταγωγές πραγματοποιούνται με τη διαδικασία και υπό τις προϋποθέσεις που περιγράφονται στο Σωφρονιστικό Κώδικα και τη σχετική εγκύκλιο» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003:11)

Στο Δ' κεφάλαιο του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας των σωφρονιστικών καταστημάτων αναφέρονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των κρατουμένων, όσο βρίσκεται μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα ο κρατούμενος το μόνο δικαίωμα που στερείται είναι αυτό της ελευθερίας. Ειδικότερα οι κρατούμενοι δικαιούνται σύμφωνα με το άρθρο 31 «Να τους διασφαλίζεται ο σεβασμός της αξιοπρέπειας τους. Ειδική μεταχείριση ως προς τις συνθήκες κράτησης την τοποθέτηση σε εργασία κλπ. δικαιολογείται μόνο για άτομα με ειδικές ανάγκες ή έχοντα προβλήματα υγείας.

Να ζητούν νομική βοήθεια όταν βρίσκονται σε τεκμηριωμένη οικονομική αδυναμία πρόσβασης στη δικαιοσύνη σύμφωνα με τα προβλεπόμενα στο άρθρο 33 του παρόντος. Να ψηφίζουν κατά τις βουλευτικές εκλογές και τις εκλογές ανάδειξης των Ελλήνων βουλευτών του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σε εκλογικό τμήμα εντός του καταστήματος εφόσον δεν τους έχει επιβληθεί αμετάκλητα παρεπόμενη ποινή στέρησης των πολιτικών τους δικαιωμάτων.

Να διαβιούν σε ατομικό κελί εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες τους και το επιτρέπουν οι κτιριακές συνθήκες του καταστήματος. Να απολαμβάνουν ιατρικής φαρμακευτικής περίθαλψης αναλόγου επιπέδου με αυτό του λοιπού πληθυσμού. Να εισάγονται σε ειδικό τμήμα νοσηλείας του καταστήματος κράτησης ή σε θεραπευτικό κατάστημα κράτησης αν ασθενήσουν ή παρουσιάσουν έντονα προβλήματα ψυχικής υγείας. Να ενημερώνονται με εφημερίδες, περιοδικά, ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές, να έχουν πρόσβαση σε δανειστική βιβλιοθήκη του καταστήματος και να προμηθεύονται βιβλία εκτός καταστήματος.

Να ζητούν και αν κριθεί αναγκαίο να παρευρίσκονται σε συνεδρίαση του Συμβουλίου Φυλακής που τους αφορά. Επίσης να καλούνται ενώπιον του αρμοδίου για την χορήγηση των αδειών οργάνου για την παροχή των αναγκαίων διευκρινήσεων. Να ειδοποιούνται εγγράφως για το πειθαρχικό παράπτωμα για το οποίο κατηγορούνται και να καλούνται από το αρμόδιο όργανο για υπεράσπιση και απολογία με διερμηνέα, εάν δεν γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα. Να ζητούν τη μεταγωγή τους σε άλλο κατάστημα κράτησης για λόγους προσωπικούς, οικογενειακούς, εκπαιδευτικούς και για την τοποθέτηση σε εργασία.

Να δέχονται, εφόσον το επιθυμούν, επισκέψεις συζύγου και συγγενών μέχρι 4^{ου} βαθμού τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα. Να διευκολύνονται από τις υπηρεσίες του καταστήματος, αν είναι αλλοδαποί, να επικοινωνούν με διπλωματικούς ή με προξενικούς εκπροσώπους του κράτους της ιθαγένειάς τους ή άλλου σχετικού. Να ζητούν την κάλυψη των δαπανών επικοινωνίας από την υπηρεσία, υπό την προϋπόθεση ότι δεν έχουν οι ίδιοι αυτή τη δυνατότητα και η υπηρεσία μπορεί να ανταποκριθεί.» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 12)

Όλα τα παραπάνω περιγράφουν τα δικαιώματα των κρατουμένων από τη πρώτη στιγμή που θα εισέλθουν στο σωφρονιστικό κατάστημα και τα οποία φροντίζουν ώστε κατά την παραμονή των κρατουμένων στο σωφρονιστικό κατάστημα να μην καταπατούνται τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, δικαιώματα που σχετίζονται με την αξιοπρέπεια του ατόμου.

Στο άρθρο 32 του Κεφαλαίου Δ' όπου καταγράφονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των κρατουμένων, σε ότι έχει να κάνει με τις δυνατότητες των κρατουμένων μπορούν:

- 1) Να ενημερώνονται από τον διευθυντή, κατά την εισαγωγή τους στο κατάστημα και σε γλώσσα που κατανοούν για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους και για τον εσωτερικό κανονισμό που ισχύει και λαμβάνουν και ένα σχετικό ενημερωτικό έντυπο καθώς και τα απαραίτητα μέσα για την ατομική υγιεινή και την καθαριότητα των ιδίων και των ειδών ένδυσης και ρουχισμού τους.
- 2) Να ενημερώνονται από τη κοινωνική λειτουργό για όλα όσα μπορεί η κοινωνική υπηρεσία να τους παρέχει.
- 3) Να χρησιμοποιούν τα δικά τους κλινοσκεπάσματα και πετσέτες και όσοι δεν διαθέτουν, να λαμβάνουν τα είδη αυτά με μέριμνα της διεύθυνσης του καταστήματος.
- 4) Να υποβάλλουν αιτήματα σε εκπροσώπους και λειτουργούς θρησκευμάτων και δογμάτων να τους επισκέπτονται με σκοπό την ηθική στήριξή τους...
- 9) Οι κρατούμενοι έχουν τη δυνατότητα να εργάζονται για δικό τους λογαριασμό μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα» (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003: 12-13).

Οι υποχρεώσεις και τα δικαιώματα των κρατουμένων προβλέπονται από το Σωφρονιστικό Κώδικα. Στο Άρθρο 34 καταγράφονται οι υποχρεώσεις των κρατούμενων μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα. Μια από τις υποχρεώσεις των κρατουμένων είναι ότι θα πρέπει να συμμορφώνονται με τις νόμιμες οδηγίες και τις εντολές του προσωπικού. Η σωστή συμπεριφορά των κρατουμένων, που θα πρέπει να συμμορφώνεται με όσα ο σωφρονιστικός κώδικας αναφέρει, υποστηρίζει πως θα πρέπει οι κρατούμενοι να συμπεριφέρονται στις ακροάσεις ή καλούνται ενώπιον των συμβουλίων του καταστήματος. Γενικότερα περιγράφονται οι υποχρεώσεις των κρατουμένων, υποχρεώσεις που θα πρέπει να ακολουθούν προκειμένου η ζωή μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα να κυλάει ομαλά και χωρίς εντάσεις. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003)

Στο Ε' κεφάλαιο αναφέρονται τα καθήκοντα του προσωπικού, το οποίο και είναι ειδικά εκπαιδευμένο, το προσωπικό που απασχολείται διαθέτει όλες τις γνώσεις που χρειάζονται ώστε οι κρατούμενοι εκτός από το δικαίωμα της ελεύθερης βούλησης να μην στερούνται κανένα άλλο δικαίωμα και να μην προσβάλλεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια τους. Το προσωπικό των σωφρονιστικών καταστημάτων αποτελείται από το Διευθυντή των φυλακών, το προϊστάμενο του τμήματος διοίκησης (γραμματείας), το προσωπικό του τμήματος διοίκησης (γραμματείας), τον υπεύθυνο τμήματος οικονομικού, λογιστής, αποθηκάριος, υπεύθυνος υγειονομικού προσωπικού, ιατρικό προσωπικό, οδοντίατρος, φαρμακοποιός, νοσηλευτικό προσωπικό, ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό(ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός κτλ.), εγκληματολόγος, αρχιφύλακας, υπαρχιφύλακας και φύλακας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 7/4/2003). Τέλος το κεφάλαιο ΣΤ' αφορά στη λήξη κράτησης και αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους

γίνεται η λήξη της κράτησης που περιλαμβάνει τη διαδικασία απόλυσης και την ενημέρωση για τη μετασωφρονιστική μέριμνα.

2.5 Η περίπτωση των φυλακών της Ν. Αλικαρνασσού

(Οι παρακάτω πληροφορίες πάρθηκαν ύστερα από συνέντευξη με την κοινωνική λειτουργό των φυλακών Τσιμπλιάρη Μαριάννα αλλά και από τον Εσωτερικό Κανονισμό Των Καταστημάτων Κράτησης)

Η φυλακή της Νέας Αλικαρνασσού βρίσκεται στο Ηράκλειο της Κρήτης και είναι ένα σωφρονιστικό κατάστημα κράτησης Α Τύπου το οποίο βρίσκεται σε λειτουργία εδώ και 78 χρόνια. Ο αριθμός των κρατούμενων των φυλακών Αλικαρνασσού φτάνει σήμερα στα 400 άτομα, η καταγωγή των ατόμων ποικίλει το μεγαλύτερο ποσοστό βέβαια είναι ελληνικής καταγωγής αλλά υπάρχουν και από άλλες χώρες όπως για παράδειγμα Βουλγαρία, Ιράκ, Αλβανία, Ιράν. Οι λόγοι κράτησης ποικίλουν όπως για παράδειγμα ναρκωτικά, οπλοκατοχή, εμπόριο όπλων, οικονομικά εγκλήματα κ.τ.λ. Για τη σωστή λειτουργία του καταστήματος κράτησης όπως και για τα δικαιώματα ή τα θέματα πειθαρχίας τηρούνται όλοι οι εσωτερικοί κανονισμοί λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης Α&Β όπως επιβάλλει η νομοθεσία. Το προσωπικό που απασχολείται είναι ειδικά εκπαιδευμένο και διαθέτει όλες τις γνώσεις που χρειάζονται ώστε οι κρατούμενοι εκτός από το δικαίωμα της ελεύθερης βούλησης να μην στερούνται κανένα άλλο δικαίωμα και να μην προσβάλλεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια τους. Το προσωπικό που απασχολεί η συγκεκριμένη φυλακή απαρτίζεται από:

1) Τον Διευθυντή ο οποίος προΐσταται όλων των υπηρεσιών του καταστήματος κράτησης, είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία τους και ασκεί καθήκοντα ειδικού

ανακριτικού υπαλλήλου κατά το άρθρο 34 Κ.Π.Δ. για τις αξιόποινες πράξεις που τελούνται στο χώρο του καταστήματος.

2) Τον Προϊστάμενο τμήματος διοίκησης (γραμματείας) που φροντίζει για την εύρυθμη λειτουργία της γραμματείας του καταστήματος, συντονίζει το έργο του προσωπικού και είναι συνυπεύθυνος με το διευθυντή για τον ακριβή καθορισμό του χρόνου έναρξης και λήξης της ποινής ή του μέτρου ασφάλειας και για την νόμιμη κράτηση του κάθε κρατούμενου.

3) Το Προσωπικό τμήματος διοίκησης (γραμματείας) το οποίο ακολουθεί τις εντολές και τις οδηγίες του προϊστάμενου και ενημερώνει τα βιβλία και τους φακέλους που τηρούνται στο τμήμα σύμφωνα με το άρθρο 38 του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης Τύπου Α&Β.

4) Τον Προϊστάμενο τμήματος οικονομικού που είναι μέλος της Διαχειριστικής Επιτροπής του καταστήματος φροντίζει για την καλή και ομαλή λειτουργία του τμήματος συντονίζει το έργο του προσωπικού του τμήματος και συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και τα άλλα τμήματα του καταστήματος για το σχεδιασμό της διαχείρισης των διαθέσιμων κονδυλίων και την έγκαιρη αντιμετώπιση των αναγκών των κρατουμένων και του καταστήματος σε υλικοτεχνική υποδομή.

5) Το Διαχειριστή που διαχειρίζεται τα χρήματα του καταστήματος αλλά και των κρατουμένων. Είναι μέλος της Διαχειριστικής Επιτροπής του καταστήματος. Τηρεί βιβλίο εσόδων και εξόδων, αναλαμβάνει κάθε είδους είσπραξη και πληρωμή που αφορά τη λειτουργία του καταστήματος.

- 6) Το Λογιστή που τηρεί τα βιβλία του Δημόσιου Λογιστικού και διαχειριστικού κανονισμού κεφαλαίων Εργασίας Κρατουμένων και είναι υπεύθυνος για την ακριβή και έγκαιρη καταχώρηση των εγγράφων σε αυτά ή στο ηλεκτρονικό αρχείο.
- 7) Τον Αποθηκάριο όπως και το βοηθό του που ορίζεται καθημερινά από το διευθυντή των φυλακών και ως ευθύνη έχουν τη συντήρηση και τη διαχείριση του υλικού και της αποθήκης τροφίμων και για τη φύλαξη των ατομικών ειδών των κρατουμένων.
- 8) Το Ιατρικό προσωπικό του καταστήματος που εξετάζει κλινικά και προγραμματίζει τον εργαστηριακό έλεγχο που κρίνεται απαραίτητος για κάθε νεοεισερχόμενο κρατούμενο το αργότερο την επόμενη μέρα της εισαγωγής του στο κατάστημα.
- 9) Το Φαρμακοποιό που σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του καταστήματος προμηθεύεται το απαιτούμενο φαρμακευτικό υλικό και είναι υπεύθυνος για τη φύλαξη, συντήρηση και για τη διανομή των φαρμάκων σύμφωνα με τις εντολές των ιατρών.
- 10) Το Νοσηλευτικό προσωπικό που φροντίζει για την έγκαιρη προμήθεια φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού από το φαρμακείο ενημερώνοντας πάντα σχετικά το ιατρικό προσωπικό και σε συνεργασία με το προϊστάμενο του τμήματος οικονομικού του καταστήματος.
- 11) Το Θρησκευτικό λειτουργό που μελετά για την άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων των κρατουμένων στο πλαίσιο της προαιρετικής θρησκευτικής τους αγωγής.
- 12) Το Ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό του καταστήματος που τελεί υπό την διοικητική εποπτεία και τον υπηρεσιακό έλεγχο του διευθυντή. Κοινωνικός λειτουργός και ψυχολόγος συντονίζουν από κοινού με μέριμνα του προϊστάμενου της κοινωνικής υπηρεσίας και σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό τους έργο το οποίο διέπεται από κανόνες της επιστημονικής και επαγγελματικής δεοντολογίας. Συγκεκριμένα ο

κοινωνικός λειτουργός εκτελεί εσωτερική και εξωτερική υπηρεσία καθώς εφαρμόζει τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομα και με ομάδες. Επικοινωνεί με τους νεοεισερχόμενους σε ειδικά διαμορφωμένα γραφεία, δέχεται ακροάσεις κρατουμένων και συγγενών σε καθημερινή βάση. Λαμβάνει γνώση ατομικού φακέλου των κρατουμένων με προσωπικά στοιχεία, συνεντεύξεις κτλ. ώστε να καλύπτονται οι υλικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των κρατουμένων σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς και άλλες ομάδες. Οργανώνει και ελέγχει την αποθήκη ειδών, ιματισμού και υγιεινής για τους άπορους κρατούμενους, παρακολουθεί τη κίνηση του Φιλόπτωχου Ταμείου του καταστήματος ενθαρρύνει τις υπέρ αυτού δωρεές και προτείνει στον διευθυντή τον τρόπο διάθεσης των χρημάτων. Τηρεί βιβλίο-ημερολόγιο εσωτερικής και εξωτερικής εργασίας. Συμβάλλει στη δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου των κρατουμένων με την ανάπτυξη εκπαιδευτικών, ψυχαγωγικών, αθλητικών και πολιτιστικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων. Διευκολύνει τους κρατούμενους να απευθυνθούν στα θεραπευτικά προγράμματα.

Συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς για την ένταξη αποφυλακισμένων σε προγράμματα και παρακολουθεί όσες περιπτώσεις κρίνει αναγκαίο. Φροντίζει τη βιβλιοθήκη του καταστήματος, έχει την ευθύνη των εισερχόμενων βιβλίων και άλλων εντύπων και τέλος μεριμνά για την ικανοποίηση αιτημάτων των κρατούμενων για άλλα βιβλία ή έντυπα τα οποία όμως και ελέγχονται από το προσωπικό ερευνών.

13) Τον Εγκληματολόγο που εξετάζει τη νομική και τη πραγματική κατάσταση των κρατουμένων που στόχο έχει την εναρμόνιση των μέσων και των μεθόδων έκτισης των ποινών με τη νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τις συστάσεις και τους στοιχειώδεις κανόνες διεθνών οργανισμών. Μελετά αρχειακό υλικό

και επικοινωνεί με τους κρατούμενους ατομικά ή ομαδικά, έχει τακτική επαφή με τον εισαγγελέα- επόπτη για παροχή νομικής βοήθειας για θέματα που αφορούν τους κρατούμενους. Από τα σημαντικότερα καθήκοντα του είναι να αξιολογεί την εφαρμογή θεσμών που σχετίζονται με τη μείωση του χρόνου έκτισης της ποινής εντός του καταστήματος, τον υπολογισμό των ημερών εργασίας, την απόλυση των κρατουμένων, τις άδειες, τον πειθαρχικό έλεγχο των κρατουμένων καθώς και τη μεταγωγή των κρατουμένων σε τμήμα με αυξημένα μέτρα ασφάλειας. Επίσης ο εγκληματολόγος έχει άμεση επικοινωνία με αστυνομικές, δικαστικές και δημόσιες αρχές, φορείς νομικής βοήθειας κλπ. για την εξέταση υποθέσεων των κρατουμένων. Τέλος συμμετέχει σε επιστημονικές εκδηλώσεις για να ενημερώνεται διαρκώς και να συμβάλλει στην αξιοποίηση της εμπειρίας του για την απονομή της ποινικής δικαιοσύνης και την εκτέλεση των ποινών.

14) Τον κοινωνιολόγο που επεξεργάζεται για ερευνητικούς σκοπούς τα στατιστικά δεδομένα τα οποία διαθέτουν τα Τμήματα Διοίκησης και Οικονομικού του καταστήματος και αφορούν τους κρατούμενους και τη λειτουργία του καταστήματος. Συνδράμει τον εισαγγελέα- επόπτη στην παροχή νομικής βοήθειας προς τους κρατούμενους, συνεργάζεται και με το τμήμα κοινωνικής εργασίας στην οργάνωση και τη λειτουργία της δανειστικής βιβλιοθήκης και παρακολουθεί την κίνηση των βιβλίων και άλλων εντύπων. Αναλαμβάνει και εκτελεί καθήκοντα Συμβούλου Εκπαίδευσης Κρατουμένων ή εφόσον υπάρχει τον συνδράμει τον βοηθάει κατά την εκτέλεσή τους, αξιολογεί προγράμματα κατάρτισης και εκπαίδευσης των κρατουμένων. Τέλος επικοινωνεί με τους κρατούμενους και διερευνά τη συμπεριφορά τους εντός του καταστήματος, τις σχέσεις μεταξύ τους.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και πιο πάνω ο αριθμός των κρατουμένων στις φυλακές της Αλικαρνασσού είναι 400 άτομα τη στιγμή που η χωρητικότητα είναι 280-300 άτομα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να στεγάζονται στον ίδιο χώρο δύο, τρία ή και τέσσερα άτομα. Όπως είναι αναμενόμενο υπάρχουν προβλήματα και στη τροφοδοσία των κρατουμένων καθώς καθημερινά ζητούν τη βελτίωση των γευμάτων και των συνθηκών υγιεινής.

Τα προβλήματα αυτά που υπάρχουν στις φυλακές Αλικαρνασσού, το πρόβλημα του υπερπληθυσμού, τη κακή ποιότητα των γευμάτων όπως και τις άσχημες συνθήκες υγιεινής θα μπορούσαμε να πούμε πως τα συναντάμε σε όλες τις φυλακές πανελλαδικά. «Άρνηση λήψης συσσιτίου και αποχή από τον εγκλεισμό τους πραγματοποιούν από τη Πέμπτη οι κρατούμενοι των δικαστικών φυλακών Χανίων. Οι κρατούμενοι ζητούν βελτίωση των συνθηκών κράτησης, δεδομένου ότι, όπως επισημαίνουν, η φυλακή διαθέτει 118 κρεβάτια και στεγάζει 165 κρατούμενους, με αποτέλεσμα 47 εξ αυτών να κοιμούνται σε στρώματα, είτε μέσα σε κελιά, είτε σε διαδρόμους των φυλακών. Επίσης ζητούν τη βελτίωση των γευμάτων και των συνθηκών υγιεινής.».(Πρωτοβουλία για τα δικαιώματα των κρατουμένων, Οκτώβριος 2008:2)

Κατά καιρούς γίνονται κινητοποιήσεις από τις επιτροπές κρατουμένων των φυλακών με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών κράτησής τους. «Ζητούμε την ιατρική κάλυψη των φυλακών σε 24ωρη βάση ώστε να περιοριστεί ο κίνδυνος για τη ζωή των υπερηλικών κρατουμένων... Να δημιουργηθούν κατάλληλες υποδομές στους χώρους υγιεινής ώστε να είναι προσπελάσιμοι στους υπερήλικες, τους ασθενείς και στα άτομα με ειδικές ανάγκες... Να εξανθρωπιστεί το επισκεπτήριο των κρατουμένων με τις συζύγους τους και τα τέκνα τους με διευρυμένη εφαρμογή του θεσμού του ελεύθερου

επισκεπτηρίου σε ΚΛΕΙΣΤΟ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟ ΧΩΡΟ.(Οι κρατούμενοι από επιτροπές όλων των ελληνικών φυλακών Αλικαρνασσού, Αυλώνα, Γρεβενών, Δομοκού, Ελαιώνα, Διαβατών, Κέρκυρας, Κομοτηνής, Κορυδαλλού Δ.Φ, Ψ.Κ, ΚΑΥΦ, Γυναικών, Κορίνθου, Κω, Ιωαννίνων, Λάρισας, Ναυπλίου, Νεάπολης, Πατρών, Τρικάλων, Χαλκίδος, Χανίων, 2008: 2).

Οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται κλεισμένοι εκεί μέσα επειδή έκαναν κάτι που είναι εναντίον του κοινωνικού συνόλου δεν παύει όμως να είναι και αυτοί άνθρωποι και να έχουν τις ίδιες ανάγκες με όλους εμάς. Ένα κρεβάτι για να κοιμούνται, ένα καθαρό χώρο για να ζουν και ένα πιάτο φαγητό. Είναι δικαίωμά τους να τα διεκδικούν και δεν έχει κανένας τη δικαιοδοσία να τους τα στερήσει.

Το κεφάλαιο αυτό που ακολουθεί αναφέρεται στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει η συμπεριφορά του εγκλείστου μετά από μακροχρόνια παραμονή του στο ίδρυμα. Είναι απόλυτα φυσικό πως ο κάθε άνθρωπος επηρεάζεται από την εμπειρία της κράτησης σε ένα σωφρονιστικό κατάστημα. Κάποιοι επηρεάζονται πολύ ενώ κάποιοι άλλοι λιγότερο, σκοπός μας είναι στο κεφάλαιο 3 να μελετήσουμε τις ψυχικές αυτές διαταραχές αλλά και το λόγο δημιουργίας τους.

Κεφάλαιο 3^ο

Ψυχικές διαταραχές στον χώρο των φυλακών

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 βαριεστημάρας. 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, 2008:2).

Οι έγκλειστοι 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, νευρικότητα και άγχος εμφανίζονται μεταξύ των εγκλείστων 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 εγκλειστούς 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 εγκλειστοί που κατηγορούνται για τα αδικήματα για τα οποία φυλακίζονται δεν παραπέμπονται σε ψυχιατρεία αλλά σε φυλακές

3.1. Ψυχικές διαταραχές στο χώρο των φυλακών

Πολλές έρευνες και βιβλία σχετικά με την ψυχολογία των ατόμων που βρίσκονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα αναφέρονται σε διάφορες διαταραχές που συναντώνται συχνά στον χώρο της φυλακής. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Andersen και συν. (1996), οι παρακάτω διαταραχές συναντώνται συχνότερα σε άτομα που ήταν ή είναι σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Οι διαταραχές αυτές είναι: η κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, οι

καταθλιπτικές διαταραχές, οι αγχώδεις διαταραχές, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και οι ψυχωσικές διαταραχές.

Για την ετήσια έκθεση, το 2004 σχετικά με την κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τη Νορβηγία, αναλήφθηκε από ερευνητές της ΕΕ, έρευνα που είχε σκοπό να μελετηθεί η επικράτηση της συννοσηρότητας (δηλαδή την συνύπαρξη ψυχιατρικής νόσου και διαταραχών οφειλόμενων στη χρήση ουσιών) στις θεραπευτικές υπηρεσίες. «Τα στοιχεία για τις διαταραχές χρήσης ουσιών στα ψυχιατρικά κέντρα δεν είναι τόσο εύκολα διαθέσιμα όσο τα στοιχεία για τις ψυχιατρικές διαταραχές σε μονάδες θεραπείας των ουσιοεξαρτήσεων. Μολονότι οι μελέτες που παρουσιάζονται στην επισκόπηση αυτή δεν είναι συγκρίσιμες, παρέχουν ενδείξεις σχετικά με την κατάσταση στις χώρες της ΕΕ. Υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στους εξεταζόμενους πληθυσμούς, στα επιλεγέντα διαγνωστικά κριτήρια, στα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και στον χρόνο της διάγνωσης. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν, η υποδιάγνωση θεωρείται πιθανή σε πολλές περιπτώσεις» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004: 1). Στα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παραπάνω έρευνα, φαίνεται ότι στην Ελλάδα, σε φυλακές και θεραπευτικές υπηρεσίες έχουμε αρκετές διαγνώσεις άγχους (32%), συναισθηματικών διαταραχών (25%) και σχιζοφρένειας (6%).

3.1.1. Κατάχρηση αλκοόλ

«Το αλκοόλ το οποίο βρίσκεται στα αλκοολούχα ποτά ονομάζεται αιθυλική αλκοόλη ή αιθανόλη και έχει το χημικό τύπο C_2H_5OH » (Ποταμιάνος, χ.χ.: 27). Γενικά, τα αλκοολούχα ποτά ενεργούν πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα να

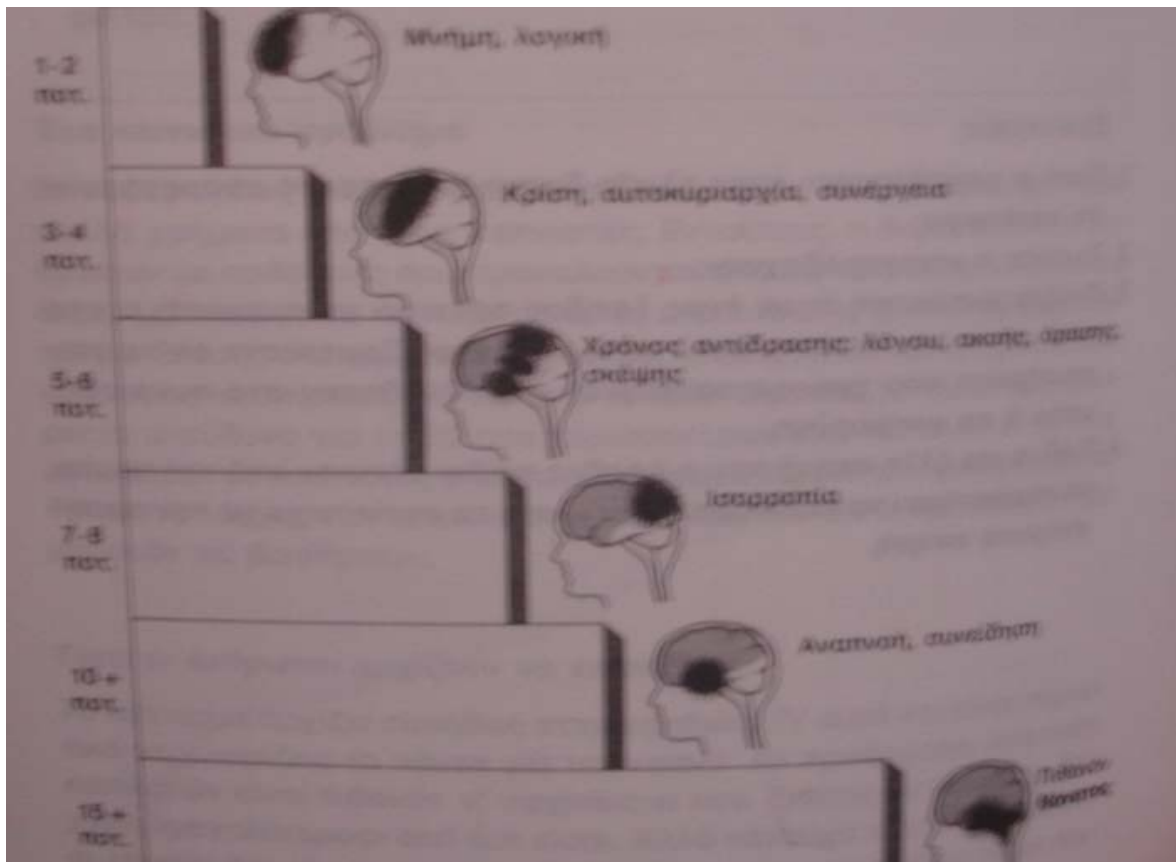
γίνει ο άνθρωπος πιο ζωντανός, πιο εξωστρεφής, πιο ενεργητικός αλλά, επίσης, περισσότερο επιθετικός.

Για τον αλκοολισμό δεν έχουμε έναν ακριβή ορισμό, γιατί είναι ένα φαινόμενο που δέχεται συνεχώς αλλαγές, δεν είναι απόλυτο. Γενικά ο αλκοολισμός είναι, μπορούμε να πούμε, «ένα φαινόμενο που έχουμε όταν κάποιος πίνει συνεχώς και ολοένα και αυξάνει την ποσότητα που πίνει» (Ποταμιάνος, χ.χ.: 27). Επειδή τα αλκοολούχα ποτά ενεργούν πάνω στο νευρικό σύστημα, το άτομο γίνεται πιο ενεργητικό και έχει επιπτώσεις στην συμπεριφορά και στις πράξεις του, όταν βρίσκεται υπό την επήρεια τους. Ανάλογα με το πόσα ποτήρια πίνει χάνει τα λόγια του, την ισορροπία του και σκέφτεται διαφορετικά. «Η αιθανόλη καταναλώνεται με την μορφή οινοπνευματωδών ποτών για λόγους ευφορίας. Η περιεκτικότητα των οινοπνευματωδών σε αιθανόλη εκφράζεται σε όγκους επί τοις εκατό ή σε βαθμούς proof που είναι διπλάσιοι της περιεκτικότητας κατ' όγκον. Η αιθανόλη απορροφάται ταχέως από το πεπτικό και ενώ η απορρόφησή της επιταχύνεται επί παρουσίας νερού, επιβραδύνεται κυρίως από την ύπαρξη τροφής υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Επηρεάζεται επίσης από το είδος του ποτού και την συγκέντρωσή του σε οινόπνευμα. Μέγιστα επίπεδα στο αίμα παρατηρούνται μετά από 30-60 λεπτά, από τη λήψη με άδειο στομάχι. Για δεδομένη δόση οινοπνεύματος, οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη συγκέντρωση αιθανόλης στο αίμα, ίσως λόγω λιγότερο έντονου φαινομένου πρώτης διόδου από το ήπαρ και λόγω μειωμένης δραστηριότητας της αλκοολικής δεϋδρογονάσης στον γαστρικό βλεννογόνο. Η αιθανόλη μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ ενώ λιγότερο από 10% αποβάλλεται αναλλοίωτη από τους πνεύμονες, νεφρούς, δέρμα και κόπρανα και διαχέεται σε όλα τα

υγρά του σώματος, ενώ διαπερνά τον αιματεγκεφαλικό φραγμό και τον πλακούντα.»
(Γρηγοράκος, 2008:1)

Το γεγονός ότι κάποιος ξεκινά να εθίζεται στα οινοπνευματώδη ποτά οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι μπορεί να είναι ψυχολογικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, βιολογικοί και γενετικοί. «Μερικοί πίνουν, για να νιώσουν υποδιέγερση, άλλοι για να μειώσουν το άγχος. Μερικοί πίνουν για να είναι κι αυτοί μέρος της «παρέας» και άλλοι, για να τιμωρήσουν τις γυναίκες τους. Η αναζήτηση της μοναδικής αλκοολικής προσωπικότητας, είναι σαν να ψάχνουμε για την αίτια της καρδιοπάθειας ή την αιτία για τις βλάβες των αυτοκινήτων. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν προβλήματα με το ποτό, πίνουν για να μειώσουν το άγχος» (Τζάφφη και συν., 1986:103).

Στο πιο κάτω σχεδιάγραμμα του Baldwin (1999) βλέπουμε τι μπορεί να κάνει το αλκοόλ στο μυαλό του ανθρώπου. Κάποιος ο οποίος πίνει 1-2 ποτήρια διατηρεί την μνήμη του και την λογική του. Στα 3-4 ποτήρια χάνει την αυτοκυριαρχία του για να σταματήσει αφού δεν καταλαβαίνει ότι έχει πει αρκετά. Στην συνέχεια χάνει τα λόγια του και την όραση του (ζαλίζεται, βλέπει διπλά) και στα 7-8 ποτήρια χάνει την ισορροπία του, την συνείδηση του και διακόπτεται η αναπνοή του. Αν κάποιος ξεπεράσει τα 15 ποτήρια μπορεί να φτάσει μέχρι τον θάνατο (Baldwin, 1999).



Σχεδιάγραμμα 1. (Baldwin:1999:174)

Τελειώνοντας, πρέπει να αναφέρουμε ότι το αλκοόλ έχει επιπτώσεις σε διάφορα σημεία του σώματος. «Από την ποσότητα αλκοόλης που καταναλώνει το άτομο, το 80% μεταβολίζεται στο ήπαρ, 10% αποβάλλεται από την εκπνοή και την ούρηση και το υπόλοιπο μεταβολίζεται σε άλλα σημεία του σώματος» (Ποταμιάνος, χ.χ.: 29).

3.1.2. Καταθλιπτικές διαταραχές

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση η οποία εμφανίσθηκε στους ανθρώπους από τα πρώτα χρόνια της ύπαρξης τους. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι εύκολο να οριστεί η κατάθλιψη γιατί δεν είναι μια απόλυτη πάθηση. «Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν

συμφωνούν σχετικά με τη φύση της, ούτε και έχουν καταλήξει σχετικά με το αν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή για ένα ψυχολογικό φαινόμενο. Σε ένα σημείο εντούτοις υπάρχει ομοφωνία: Η κατάθλιψη παρουσιάζεται ως ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα από εμάς μέχρι την βαριά κατάθλιψη» (Κλεφταράς, 1998: 24).

«Σε γενικές γραμμές, πάντως, η κατάθλιψη θα μπορούσε να οριστεί ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών (Robert & Lamontagne, 1977). Λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού, η κατάθλιψη ορίζεται κατά κύριο λόγο από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της» (Κλεφταράς, 1998: 24).

Συνοπτικά, τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι σχετικά με το συναίσθημα (λύπη, θλίψη, άγχος, ενοχές, θυμός, εχθρότητα, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα) με την συμπεριφορά (διέγερση, καταθλιπτικό προσώπείο και στάση σώματος, ψυχοκινητική επιβράδυνση, αργή ομιλία και σκέψη, κλάμα και απόπειρες αυτοκτονίας), με τις στάσεις απέναντι στον ίδιο τον εαυτό και στο περιβάλλον (αυτομομφή), χαμηλή αυτοεκτίμηση, αισθήματα ανημποριάς, απαισιοδοξίας και απελπισίας, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας), με την γνωστική εξασθένηση (μειωμένη ικανότητα σκέψης και αδυναμία συγκέντρωσης), με τις οργανικές αλλαγές (μεταβολές) και ενοχλήσεις (Κλεφταράς, 1998).

Όπως βλέπουμε στον πιο κάτω πίνακα, η κατάθλιψη μπορεί να είναι μονοπολική ή διπολική.

«Πίνακας:1 Διαφορές μεταξύ μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης»

	<u>Μονοπολική Κατάθλιψη</u>	<u>Διπολική Κατάθλιψη</u>
Κινητική Δραστηριότητα	Κατά κύριο λόγο διεγερμένη	Κατά κύριο λόγο επιβραδυμένη
Ύπνος	Δυσκολίες στο να κοιμηθεί	Κοιμάται περισσότερο από το συνηθισμένο όταν είναι σε κατάθλιψη
Ηλικία έναρξης	Τέλη των τριάντα με αρχές των σαράντα	Τριάντα
Οικογενειακό ιστορικό	Συγγενείς πρώτου βαθμού σε υψηλό κίνδυνο για μονοπολική κατάθλιψη	Συγγενείς πρώτου βαθμού σε υψηλό κίνδυνο τόσο για μονοπολική όσο και για διπολική κατάθλιψη
Φύλο	Πολύ πιο συχνή μεταξύ των γυναικών	Περίπου ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα
Βιολογική αντιμετώπιση	Κάποια ανταπόκριση στο λίθιο αλλά καλύτερη στα τρικυκλικά.	Καλύτερη ανταπόκριση στο λίθιο

Πηγή: Κλεφταράς, 1998: 63

3.1.2.1. Καταθλιπτικό επεισόδιο

Στα καταθλιπτικά επεισόδια το άτομο έχει απώλεια ενδιαφερόντων, ευχαρίστησης, έχει αρκετά μειωμένη ενεργητικότητα και δραστηριότητα καθώς και κόπωση μειωμένη όρεξη, μειωμένη αυτοεκτίμηση, έλλειψη προσοχής, το άτομο νιώθει αναξιότητα, δεν υπάρχουν σχέδια για το μέλλον, διαταραγμένος ύπνος καθώς και τάσεις αυτοκτονίας. Μερικές από τις κατηγορίες τους καταθλιπτικού επεισοδίου είναι: ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο, μέτριας βαρύτητας καταθλιπτικό επεισόδιο, βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά συμπτώματα, βαρύ καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωσικά συμπτώματα, αλλά καταθλιπτικά επεισόδια και καταθλιπτικά επεισόδια μη καθορισμένα (Στεφανής και συν., 1992).

Αγχώδεις διαταραχές

Λίγο ή πολύ όλοι έχουμε κάποια ιδέα για το τι είναι το άγχος. Το άγχος λοιπόν, σε γενικές γραμμές, είναι μια κατάσταση συναισθηματική η οποία συμπεριλαμβάνει φόβο ή τρόμο για κάτι που μπορεί να ακολουθήσει. «Ο Kelly όρισε το άγχος ως εξής: Το άγχος είναι η αναγνώριση ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κάνεις βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών. Έχει κανείς άγχος όταν δεν έχει νοητικές κατασκευές, όταν έχει «χάσει τη δομημένη αντίληψη των γεγονότων», όταν «συλλαμβάνεται με τις νοητικές κατασκευές του νικημένες»» (Pervin & John, 2001: 475).

Ο Μάνος (1988) αναφέρει πως το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση η οποία συμπεριλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή τρόμου προς έναν κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή δεν αναγνωρίζεται από το άτομο. Το άγχος από την μια μπορεί να είναι μια φυσιολογική αντίδραση προς ένα γεγονός και από την άλλη να θεωρείται παθολογικό και να δημιουργεί στο άτομο που το παρουσιάζει προβλήματα στην καθημερινότητα του. «Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κ.λπ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου- οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή» (Μάνος, 1988: 223).

Οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές :

- Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία

- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες
- Διαταραχή Από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Κοτανίδης, 2006:1)

«Σύμφωνα με το DSM-III-R χαρακτηριστικά των Αγχωδών Διαταραχών είναι το άγχος και η συμπεριφορά αποφυγής. Στη Διαταραχή Πανικού και τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, το άγχος είναι το προέχον σύμπτωμα και συμπεριφορά αποφυγής είναι σχεδόν πάντα παρούσα στη Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία. Στις Φοβικές Διαταραχές άγχος βιώνεται όταν το άτομο προσπαθεί ν' αντιμετωπίσει το φοβικό αντικείμενο ή τη φοβική κατάσταση. Στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή άγχος βιώνεται εάν το άτομο προσπαθεί ν' αντισταθεί στους ψυχαναγκασμούς ή στους καταναγκασμούς. Συμπεριφορά αποφυγής υπάρχει πάντα στις Φοβικές Διαταραχές και συχνά στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή. Στη Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες εξωτερικά συχνά υπάρχουν συμπτώματα άγχους και συμπεριφοράς αποφυγής καθώς και συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας» (Μάνος, 1988: 223).

Στο σημείο αυτό καλό θα ήταν να αναφέρουμε ότι μεταξύ 2% και 4% του γενικού πληθυσμού σε κάποια στιγμή της ζωής του παρουσιάζει κάποια αγχώδη διαταραχή. «Ειδικότερα, η Απλή Φοβία είναι η πιο συχνή Αγχώδης Διαταραχή στον γενικό πληθυσμό, ενώ η Διαταραχή Πανικού είναι η πιο συχνή στα άτομα που ζητούν θεραπεία» (Μάνος, 1988: 223). Στην συνέχεια θα αναφερθούμε συνοπτικά σε μερικές από τις πιο πάνω διαταραχές.

3.1.3.1 Διαταραχή Πανικού

Στην διαταραχή πανικού παρατηρούμε τρόμο, ταχυκαρδία, φόβο από το άτομο για το τι θα συμβεί, ζάλη κ.ο.κ. Οι διαταραχές πανικού μπορούν να εμφανιστούν ξαφνικά και να έχουν διάρκεια από 5 λεπτά μέχρι και 30 λεπτά. Το πόσο συχνά παρουσιάζονται δεν μπορούμε να το προσδιορίσουμε αφού εξαρτάται από το άτομο. Μπορεί να εμφανίζονται μια φορά την εβδομάδα, καθημερινά ή και κάθε μήνα-μήνες. «Αυτό που έχει σημασία είναι ότι οι Προσβολές Πανικού της Διαταραχής Πανικού μιμούνται πολλές «οργανικές» διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, έως ότου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για Διαταραχή Πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή. Τα άτομα που έχουν Διαταραχή Πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημπόριας και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη αγοραφοβίας» (Κοτανίδης, 2006:2).

Οι κρίσεις πανικού παρουσιάζουν κάποια συμπτώματα τα οποία μπορεί να είναι και ψυχικά αλλά και σωματικά. «Κατά τις κρίσεις πανικού, τα ψυχικά συμπτώματα

περιλαμβάνουν έντονο φόβο, άγχος πανικό, αίσθημα επέλευσης τρέλας, αίσθημα απώλειας ελέγχου και επερχόμενου θανάτου. Οι κρίσεις πανικού, εκτός από τα ψυχικά συμπτώματα που αισθάνεται ο ασθενής, συνοδεύονται και από έντονα σωματικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: 1.τρέμουλο 2. ιδρώτες 3. πόνο στο στήθος 4. ταχυπαλμία 5. δύσπνοια 6. αίσθημα ασφυξίας 7. αίσθημα πνιγμού 8. αναούλες, ναυτία 9. κράμπες 10. ζαλάδα 11. μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα στα χέρια 12. ρίγος ή εξάψεις 13. αίσθημα αδυναμίας και τάση λιποθυμίας» (Κοτανίδης, 2006: 2)

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί πώς δεν εμφανίζονται όλα τα συμπτώματα σε ένα ασθενή. «Για την οριστική διάγνωση, απαιτείται να έχουν συμβεί αρκετές σοβαρές προσβολές αυτονομικού άγχους σε περίοδο ενός μηνός:

(α) Υπό συνθήκες κατά τις οποίες δεν υπάρχει αντικειμενικός κίνδυνος.

β) Δεν περιορίζεται σε γνωστές ή προβλεπτές καταστάσεις, και

(γ) Τα μεταξύ των προσβολών διαστήματα είναι σχετικά ελεύθερα αγχώδων συμπτωμάτων (μολονότι το άγχος αναμονής της κρίσης είναι σύνηθες)» (Στεφανής και συν., 1992: 174).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988), οι διαταραχές πανικού αρχίζουν συνήθως στο τέλος της τρίτης δεκαετίας, μπορεί όμως να πρωτοεμφανισθεί και στην μέση ηλικία. Σε κλινικό πληθυσμό η διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία είναι περίπου εξίσου συχνή σε άνδρες και γυναίκες ,ενώ η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία είναι περίπου δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.

3.1.3.2 Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες .

Η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται όταν το άτομο εκτεθεί σε μια κατάσταση τραυματική, όπως για παράδειγμα να πρέπει να αντιμετωπίσει μια απώλεια, ή να βρεθεί μπροστά από έναν επώδυνο θάνατο. «Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος» (Κοτανίδης, 2006: 6)

«Πιο αναλυτικά, το άτομο που πάσχει από διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες βιώνει ξανά το συμβάν, μέσα από όνειρα, εφιάλτες, αναμνήσεις, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις κ.τ.λ. Ακόμη το άτομο μπορεί να βιώσει έντονη δυσφορία σε ανάλογες συμβολικά παρόμοιες καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων των επετείων του συμβάντος. Τα επεισόδια αυτά μπορεί να διαρκούν από λεπτά μέχρι πολλές μέρες» (Μάνος, 1988: 239).

3.1.3.3. Ψυχαναγκαστική- Καταναγκαστική διαταραχή

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής είναι οι ψυχαναγκασμοί και οι καταναγκασμοί. Σύμφωνα με τον Μάνο (1988), ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις που το άτομο δεν τις θέλει και επιβάλλονται ενάντια στην θέληση του. Καταναγκασμοί είναι οι επανειλημμένες παρορμήσεις του ατόμου να εκτελέσει κάποιες στερεότυπες πράξεις.

Το άτομο, στην διαταραχή αυτή παρουσιάζει ψυχαναγκαστικές ή καταναγκαστικές πράξεις. Μπορεί δηλαδή να γίνει εμμονή στο άτομο με μια λέξη ή μια εικόνα. Ακόμα το άτομο μπορεί να αντιμετωπίσει και φόβο προς διάφορες μολύνσεις, μικρόβια κ.τ.λ. (Αγγελοσοπούλου & Τάκης, 2008)

«Η Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική διαταραχή αρχίζει συνήθως στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής. Μπορεί όμως να αρχίσει και στην παιδική ηλικία. Η πορεία της είναι συνήθως χρόνια με επιδεινώσεις και υφέσεις και σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάσταση μπορεί να γίνει σοβαρή ώστε το άτομο να μην μπορεί να κάνει τίποτε άλλο εκτός από καταναγκασμούς» (Μάνος, 1988: 237). Τελειώνοντας με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, πρέπει να αναφέρουμε ότι ακόμα δεν έχει βρεθεί η αιτία που την προκαλεί.

3.1.3.4. Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Τα άτομα τα οποία πάσχουν από αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας δεν σέβονται και παραβιάζουν τα δικαιώματα των άλλων, παρουσιάζονται ως ανεύθυνα και χωρίς να ενδιαφέρονται για τους νόμους ή το κοινό καλό.

Όπως σε όλες τις διαταραχές, και εδώ έχουμε κάποια διαγνωστικά κριτήρια. «Υπάρχει ένας εκτεταμένος τύπος περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

- (1) αδυναμία του ατόμου να συμμορφωθεί με τις κοινωνικές σταθερές αναφορικά με σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενες πράξεις που αποτελούν αιτίες σύλληψης.
- (2) εξαπάτηση, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση πλαστών ονομάτων ή εξαπάτηση άλλων ατόμων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση.
- (3) παρορμητικότητα ή αδυναμία να κάνει σχέδια εκ των προτέρων.
- (4) ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους καβγάδες όπου έρχεται στα χέρια ή βιαιοπραγίες.
- (5) απερίσκεπτη περιφρόνηση της ασφάλειας του εαυτού ή των άλλων.
- (6) σταθερή ασυνέπεια, όπως φαίνεται από επανειλημμένη αδυναμία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις.
- (7) έλλειψη τύψεων, όπως φαίνεται από το ότι το άτομο είναι αδιάφορο ή εκλογικεύει το ότι πλήγωσε, κακομεταχειρίστηκε ή έκλεψε από κάποιον άλλον» (Κοτανίδης, 2007). Επίσης, έχουμε συχνά αδυναμία για τα άτομα να κρατήσουν μια σταθερή εργασία, εκμεταλλεύονται καταστάσεις και άτομα προς δικό τους όφελος, αδύναμου να έχουν μια σταθερή σχέση.

«Άτομα με αυτήν τη διαταραχή δεν έρχονται συνήθως μόνα τους στη θεραπεία και είναι πιο πιθανό να ανεβρεθούν σε φυλακές, δικαστήρια κτλ. Όταν εμφανίζονται σε

ψυχιατρικές υπηρεσίες, συχνά προσέρχονται παρά τη θέληση τους ή για να αποφύγουν νομικές συνέπειες» (Κοτανίδης, 2007:3).

3.1.5. Ψυχωσικές διαταραχές

Στις ψυχωσικές διαταραχές περιλαμβάνονται η σχιζοφρένεια, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, βραχεία ψυχωσική διαταραχή, παραληρηματική διαταραχή. Στο υποκεφάλαιο αυτό θα επικεντρωθούμε κυρίως στην σχιζοφρένεια.

3.1.5.1. Σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα, με άρθρο που δημοσιεύθηκε στο medlook το 2001, σχιζοφρένεια, είναι μια διαταραχή η οποία επηρεάζει τον εγκέφαλο του ατόμου και δημιουργεί αλλαγές στον τρόπο σκέψης, αντίληψης, στην ομιλία και στην συμπεριφορά. Εμφανίζεται κυρίως σε νεαρές ηλικίες και στην εφηβεία.

«Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι τα ακόλουθα:

- τα άτομα αυτά έχουν έμμονες λανθασμένες πεποιθήσεις ότι καταδιώκονται ή ότι ελέγχονται από άλλους ανθρώπους ή εξωτερικές υπέρτερες δυνάμεις. Νιώθουν ότι λαμβάνουν προσωπικά μηνύματα από την τηλεόραση ή το ραδιόφωνο ή ακόμη ότι έχουν ειδικές δυνάμεις ή ικανότητες.

2. οι ασθενείς έχουν ψευδαισθήσεις και ακούν ή βλέπουν πράγματα τα οποία δεν είναι αληθινά. Συχνά ισχυρίζονται ότι ακούν φωνές που κανένας άλλος δεν ακούει.

3. Η ομιλία τους είναι αποδιοργανωμένη, με απουσία λογικής συνέχειας στην επικοινωνία τους με τους άλλους.

4. Η συμπεριφορά τους είναι σοβαρά αποδιοργανωμένη με πρόβλημα στη διατήρηση μιας κατάλληλης συμπεριφοράς για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.

5. Οι ασθενείς παρουσιάζουν «αρνητικά» συμπτώματα, δηλαδή χάνουν ορισμένες φυσιολογικές λειτουργίες όπως η συναισθηματική έκφραση και δεν έχουν κίνητρα για επίτευξη στόχων στη ζωή» (Medlook, 2001: 1).

Στο βιβλίο ICD- 10 (1993), οι συγγραφείς (Στεφανής, Σολδάτος & Μαυρέας), αναφέρουν ότι στην σχιζοφρένεια δεν μπορούν να προσδιοριστούν αυστηρά παθογνωμικά συμπτώματα, έτσι έχουμε υποδιαίρεση των συμπτωμάτων σε ομάδες που έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη διάγνωση και συχνά συνυπάρχουν. Συνοπτικά, οι ομάδες αυτές είναι: ηχώ της σκέψης – παρεμβολή στην σκέψη, παραληρητικές ιδέες ελέγχου, ακουστικές ψευδαισθήσεις, επίμονες παραληρητικές ιδέες, επίμονες ψευδαισθήσεις παντός τύπου, ανακοπές ή παρεμβολές στη ροή της σκέψης, κατατονική συμπεριφορά, αρνητικά συμπτώματα όπως έντονη απάθεια, διακοπή της ομιλίας κ.τ.λ., και έντονη και συνεχής μεταβολή στη συνολική ποιότητα κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικής συμπεριφοράς.

Στην συνέχεια θα αναλύσουμε περισσότερο κάποια από τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας. Οι παραληρητικές ιδέες επικεντρώνονται στην ζήλια, την δίωξη, εμμονές, κ.ο.κ. Το άτομο βρίσκεται σε μια ψεύτικη κατάσταση π.χ. ότι κάποιος θέλει το κακό του θέλει να τον σκοτώσει.

«Οι ψευδαισθήσεις είναι οτιδήποτε συμβαίνει και έχει να κάνει με την ακοή, την όσφρηση, την αφή και την όραση πολλές φορές και τη γεύση -παρόλο που συμβαίνει σπανιότερα- με πράγματα που δεν υπάρχουν και δε συμβαίνουν στην πραγματικότητα και κάνεις άλλος έκτος από το άτομο που τα αναφέρει δε μπορεί να τα νιώσει» (Χριστόδουλου, 2008:1).

Συχνά στην σχιζοφρένεια βλέπουμε τις ψευδαισθήσεις υπό την μορφή ακουστικής, το άτομο δηλαδή ακούει φωνές που δεν υπάρχουν. «Ακουστικές ψευδαισθήσεις βιούμενες ως φωνές που σχολιάζουν την συμπεριφορά του ασθενούς ή συζητούν μεταξύ τους για τον ασθενή ή άλλοι τύποι ακουστικών ψευδαισθήσεων που έρχονται υπό τύπον φωνών από κάποια περιοχή του σώματος» (Στεφανής και συν., 1992:108).

Ακόμα στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας βλέπουμε το άτομο να έχει αποδιοργάνωση λόγου και σκέψης. Το άτομο δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί για να διαβάσει και η σκέψη του διακόπτεται από τρίτους και πιστεύει πώς οι σκέψεις του ακούγονται και σχολιάζονται από τους άλλους.

Όταν ένα άτομο πάσχει από σχιζοφρένεια τότε στα συναισθήματα του κυριαρχεί κυρίως η απάθεια. Δεν υπάρχει ενθουσιασμός, ή αίσθημά προσφοράς προς τρίτους. Επίσης, υπάρχει έλλειψη βούλησης, το άτομο δεν παίρνει πρωτοβουλίες και αντιμετωπίζει δυσκολίες στις σχέσεις του με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον. «Έντονη και συνεχής μεταβολή στη συνολική ποιότητα κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικής συμπεριφοράς, που εκδηλώνονται ως απώλεια

ενδιαφερόντων, έλλειψη σκοπού, οκνηρία, στάση που δείχνει αυτοενασχόληση και κοινωνική απόσυρση» (Στεφανής και συν., 1992:108).

3.1.6. Ναρκωτικά.

Η καταχρήσεις ουσιών και πιο συγκεκριμένα των ναρκωτικών φέρουν σαν αποτέλεσμα πολλά προβλήματα στον χρήστη και στο γύρω του περιβάλλον. Όπως όλοι γνωρίζουμε τα ναρκωτικά είναι απαγορευμένα και σε κλειστά ιδρύματα όπως είναι στην προκειμένη περίπτωση οι φυλακές.

«Παρόλο που οι περισσότεροι κρατούμενοι θεωρούν τη φυλάκισή τους ως ευκαιρία για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνδέονται με την κατάχρηση ουσιών, αυτό είναι δύσκολο να επιτευχθεί στην πράξη ([Long και συν., 2004](#)). Η πλειονότητα των χρηστών ναρκωτικών μειώνει ή σταματά τη χρήση ναρκωτικών κατά την έναρξη της φυλάκισης. Όμως, ορισμένοι κρατούμενοι συνεχίζουν τη χρήση και άλλοι αρχίζουν να κάνουν χρήση κατά τη διάρκεια της κράτησής τους. Μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό 8% – 60% των κρατουμένων αναφέρει ότι έκανε χρήση ναρκωτικών στη φυλακή και 10–36 % αναφέρει συστηματική χρήση ναρκωτικών» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004: 1).

Από την Ευρωπαϊκή Ένωση καταβλήθηκαν αρκετές προσπάθειες για παρέμβαση στους χρήστες ναρκωτικών που βρίσκονται εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων σε νέα κράτη μέλη, το έτος 2005. «Η διενέργεια εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών σε σωφρονιστικά ιδρύματα αναφέρεται από την πλειονότητα των νέων κρατών-μελών. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χωρών όσον αφορά τα προγράμματα εξετάσεων για χρήση ναρκωτικών. Οι κρατούμενοι υποβάλλονται σε εξετάσεις μόνον κατά την έναρξη της φυλάκισης στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Μάλτα και τη Σλοβενία. Η Μάλτα

και η Σλοβενία είναι επίσης οι μοναδικές χώρες που υποβάλλουν τους κρατουμένους σε εξετάσεις προτού αυτοί αναχωρήσουν με άδεια. Τυχαιοποιημένες εξετάσεις για χρήση ναρκωτικών πραγματοποιούνται σε όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα στην Τσεχική Δημοκρατία, τη Μάλτα, τη Σλοβενία και σε λιγότερο από 50 % των σωφρονιστικών ιδρυμάτων της Ουγγαρίας» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2004: 1).

3.1.6.1. Τι είναι τα ναρκωτικά;

Ζούμε σε μια κοινωνία που πλέον η μάστιγα των ναρκωτικών είναι γνώστη σε όλους. Πολλοί όμως από εμάς δεν γνωρίζουν ακριβώς τι εννοούμε όταν αναφερόμαστε στα ναρκωτικά. Τα ναρκωτικά, λοιπόν, είναι ουσίες οι οποίες προκαλούν εξάρτηση στον χρήστη, προκαλούν κακό στον οργανισμό του και πολλές φορές η υπερβολική δόση έχει σαν αποτέλεσμα τον θάνατο. Υπάρχουν δύο κατηγορίες ναρκωτικών, τα παράνομα και τα νόμιμα. Στην πρώτη έχουμε το χασίς, η κοκαΐνη, οι αμφεταμίνες, το ΧΤC και η ηρωίνη ενώ στην δεύτερη είναι το αλκοόλ και ο καπνός (Γρηγόρης, 2004).

Σύμφωνα με τον Μάνο (1988), η κοκαΐνη, η οποία εξάγεται από τα φύλλα του φυτού κόκα, παίρνεται από τον χρήστη συνήθως με εισρόφηση από τη μύτη υπό μορφή σκόνης, ή μερικές φορές έχουμε και την ενδοφλέβια χορήγηση. Επίσης, καπνίζεται σε πίπες ή τσιγάρα. «Τα σημεία και συμπτώματα της τοξίκωσης από κοκαΐνη εμφανίζονται από λίγα λεπτά μέχρι μια ώρα από τη λήψη και είναι: δυσπροσαρμοστικές μεταβολές της συμπεριφοράς, όπως τσακωμοί, αίσθημα αυξημένης αυτοπεποίθησης, ευφορία ή συναισθηματική έξαρση, αίσθημα μεγαλείου, υπερεπαγρυπνήση, ψυχοκινητική διέγερση, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας και άλλα συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, μυδρίαση, αύξηση της αρτηριακής πίεσης,

εφίδρωση η ρίγη, ναυτία ή εμετός, ενδεχόμενα οπτικές ή απτικές ψευδαισθήσεις» (Μάνος, 1988: 432). Τα συμπτώματα μπορούν να επιδεινωθούν αν η δόση είναι υπερβολική.

Η μαριχουάνα και το χασίς ανήκουν στις ουσίες που προέρχονται από την ινδική κάνναβη και λαμβάνονται από το στόμα με διάφορους τρόπους. «Τα συμπτώματα και τα σημεία της τοξίκωσης από κάνναβη είναι:

- ✓ Ψυχολογικά όπως ευφορία, υποκειμενική επίταση των αισθήσεων, αίσθημα επιβράδυνσης της ροής του χρόνου, αίσθημα ευεξίας και χαλάρωσης ή απάθεια.
- ✓ Σωματικά όπως ταχυκαρδία, ένεση των επιπεφυκότων, αύξηση της όρεξης, ξηροστομία.
- ✓ Δυσπροσαρμοστικά συμπεριφορικά αποτελέσματα όπως άγχος ή πανικός, καχυποψία ή παρανοειδής ιδεασμός, έκπτωση της κρίσης, έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας» (Μάνος, 1988:443).

Η επίδραση από το κάπνισμα της μαριχουάνας (μαστούρα), αρχίζει μέσα στα λίγα λεπτά, τα οποία ακολουθούν το κάπνισμα της ενεργητικής μαριχουάνας, διαρκεί δύο με τρεις ώρες περίπου και η διάρκεια εξαρτάται εν μέρει από την ποσότητα της τοξικής ουσίας και εν μέρει από το άτομο. Αυτοί που καπνίζουν μαριχουάνα αναφέρουν συχνά ότι η όραση η ακοή και η αφή τους διευκολύνονται εξαιρετικά από την κάνναβη. Η χρήση μαριχουάνας προκαλεί πολύ σπάνια ιατρικά προβλήματα και παρόλο που η χρήση της γίνεται εδώ και εκατοντάδες χρόνια δεν είναι γνώστες οι χρόνιες συνέπειες της (Τζάφφη και συν., 1980:73).

«Ένας ειδικός θα σας έλεγε ότι οποιαδήποτε ουσία φυσική ή τεχνητή, που μπορεί να δράσει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κατασταλτικά ή διεγερτικά, είναι

εξαρτησιογόνος. Η χρήση των ουσιών αυτών επηρεάζει την αντίληψη και τη διάθεση και προκαλεί άλλοτε ευχάριστα και άλλοτε δυσάρεστα συναισθήματα. Εκτός από τις παράνομες υπάρχουν και πολλές ουσίες που επιδρούν με τον ίδιο τρόπο στο σώμα και τον ψυχισμό» (OKANA, 2008:1).

«Η συχνή χρήση, τοξικών ουσιών έχει ως συνέπεια την εξάρτηση. Η ικανότητα του τοξικομανούς να επιλέξει τον τόπο και το χρόνο της χρήσης της τοξικής ουσίας μειώνεται βαθμιαία. Η προσαρμοστικότητα και η αυτονομία χάνεται. Σε κάποιο στάδιο το άτομο φαίνεται να είναι ανήμπορο να ελεεί τη χρήση της τοξικής ουσίας, και το μόνο που το απασχολεί είναι η χρήση της ουσίας και πώς θα την εξασφαλίσει» (Γζάφρη και συν., 1980:7).

Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω οι ουσίες αυτές είναι εξαρτησιογόνες. Δίνουν στο άτομο μια ανάγκη για να τα χρησιμοποιήσει. Το άτομο εξαρτάται από αυτά και πιστεύει πώς τα έχει ανάγκη. Πολλές φορές δεν ξέρουμε την διαφορά της περιστασιακής χρήσης και της εξάρτησης. «Περιστασιακή χρήση κάνουμε σχεδόν όλοι μας για διάφορους λόγους. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι ενήλικες χρησιμοποιούμε συνήθως νόμιμες ουσίες σε διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις. Αντίστοιχα οι νέοι θέλοντας κάποιες φορές να αποκτήσουν καινούριες εμπειρίες ή πιθανόν να προκαλέσουν, μπορεί να κάνουν περιστασιακή χρήση νόμιμων ή και παράνομων ουσιών. Αυτή όμως η περιστασιακή χρήση δε σημαίνει αυτόματα ότι υπάρχει εξάρτηση από την ουσία. Το όριο βρίσκεται στο κατά πόσο κανείς μπορεί να επιλέξει που και πότε θα κάνει χρήση μιας ουσίας ή εάν έχει απόλυτη ανάγκη την ουσία και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τη ζωή του χωρίς αυτήν» (OKANA, 2008:2)

3.1.7. Αυτοκτονία και απόπειρες αυτοκτονίας

3.1.7.1. Αυτοκτονία.

Είναι σήμερα γνωστό ότι μόνον ένα μικρό ποσοστό από τα άτομα που καταφεύγουν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θέλουν πραγματικά να πεθάνουν. «Τα περισσότερα άτομα χρησιμοποιούν την συμπεριφορά αυτή ως μια μορφή επικοινωνίας με το περιβάλλον τους. Σε γενικές γραμμές αυτοί που αυτοκτονούν είναι συνήθως κοινωνικά απομονωμένοι, ζουν μόνοι και έχουν μειωμένου βαθμού θρησκευτική πίστη. Συχνά πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διαταραχές της προσωπικότητας και αλκοολισμό ή κάνουν χρήση τοξικών ουσιών» (Δημητρίου,1988:482).

Ο Durkheim, στο βιβλίο του κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας (1985:24), έδωσε τον εξής ορισμό: «Αποκαλούμε αυτοκτονία κάθε θάνατο που είναι το άμεσο η έμμεσο αποτέλεσμα μιας θετικής ή αρνητικής πράξης που πραγματοποιείται από το ίδιο το θύμα»

«Πολύ συχνά αυτοί που αυτοκτονούν σχεδιάζουν την αυτοκτονία τους με προσοχή, παίρνουν προφυλάξεις για να μην τους βρουν, και χρησιμοποιούν ιδιαίτερα επικίνδυνες μεθόδους» (Δημητρίου, 1988: 482). Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι αυτοκτονίας είναι κατά σειρά ο πνιγμός, ο απαγχονισμός, η πτώση από ύψος, η δηλητηρίαση με φάρμακα ή τοξικές ουσίες και τα πυροβόλα όπλα αποκλειστικά από άνδρες. Πιο συχνά αυτοκτονούν άτομα μεγάλων ηλικιών. Συχνότερα αυτοκτονούν στις αγροτικές περιοχές παρά στις αστικές, ενώ στις ξένες χώρες αναφέρεται το αντίθετο. Οι περισσότερες αυτοκτονίες είναι προγραμματισμένες και προσχεδιασμένες. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτοί που αυτοκτονούν εκδηλώνουν τις προθέσεις τους σε άτομα του

περιβάλλοντος τους. Συχνά αφήνουν σημειώματα ζητώντας συγγνώμη ή κατηγορώντας άλλους για το διάβημά τους. Ο Μάνος (1988), δίνει 13 κατηγορίες για παράγοντες κινδύνου της αυτοκτονίας. Οι κατηγορίες αυτές είναι: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, τρόπος ζωής, επαγγελματική κατάσταση, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, κατάχρηση ή εξάρτηση από αλκοόλ, προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, έλλειψη ελπίδας, διαπροσωπική απώλεια, στρεσογόνοι παράγοντα και διαπροσωπικές συγκρούσεις.

«Οι αυτοκτονίες παρουσιάζουν εποχιακές διακυμάνσεις. Στην χώρα μας είναι πιο συχνές το καλοκαίρι και ιδιαίτερα τον Ιούλιο ενώ στις ξένες χώρες η έξαρση παρατηρείτε την άνοιξη και στην αρχή του καλοκαιριού. Πιο συχνά από όλες τις κατηγορίες αυτοκτονούν οι διαζευγμένοι και λιγότερο οι παντρεμένοι. Όσον αφορά την κοινωνική τάξη πιο συχνά αυτοκτονούν οι πολύ εύποροι καθώς και οι άποροι» (Δημητρίου, 1988: 482).

3.1.7.1.1. Αιτιολογία αυτοκτονιών.

Οι λόγοι που μπορεί κάποιος να φτάσει σε αυτοκτονία είναι πολλοί, παρόλα αυτά, οι ιατρικοί έχουν ιδιαίτερη σημασία. Είναι γνωστό ότι άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη αυτοκτονούν πιο συχνά από ότι ο γενικός πληθυσμός και ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στην φάση της βελτίωσης τους. Αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας παρουσιάζουν ακόμα τα άτομα με διαταραχές προσωπικότητας και αυτά που κάνουν χρήση τοξικών ουσιών καθώς και οι σχιζοφρενείς. Τέλος άτομα που πάσχουν από χρόνια επώδυνα σωματικά νοσήματα παρουσιάζουν αυξανόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας. «Ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας είναι η κατάθλιψη, η

μανιοκαταθλιπτική νόσος, η σχιζοφρένεια και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Οι σωματικές αρρώστιες ή η αντίληψη ότι κάποιος είναι άρρωστος είναι συχνότερες ανάμεσα σε αυτούς που αυτοκτονούν. Χαρακτηριστικά, παρατηρείται μια υψηλή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτοκτονίες και σε επισκέψεις σε γιατρούς για σωματικές ενοχλήσεις κατά την περίοδο των τελευταίων έξι μηνών πριν την αυτοκτονία» (Μάνος, 1988: 558).

Ειδικότερα για την 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, 2008:1).

Η αυτοκτονία αποτελεί τη ρητή άρνηση του θύματος να υπομείνει τα δεινά του εγκλεισμού. Πρόκειται για μια απελπισμένη «κραυγή διαμαρτυρίας». Το παθογόνο περιβάλλον της φυλακής, προβλήματα ψυχικής υγείας και έντονα συναισθήματα

ντροπής, τύψεων και ενοχών αποτελούν τα σημαντικότερα κίνητρα αυτόβουλης αφαίρεσης της ζωής.

Πρόκειται για ένα ζήτημα που, όπως καταγράφεται και πιο πάνω, αποτελεί εμπόδιο στους στόχους που θέτει ένα υγιές σωφρονιστικό σύστημα. Ο συνωστισμός κρατουμένων, που παρατηρείται κατεξοχήν στις ελληνικές φυλακές, θεωρείται πρόξενος βίας και ανταρσιών και όχι μόνο. Τα δικαιώματα των κρατουμένων ως προς τους χώρους της υποχρεωτικής διαβίωσής τους κατακερματίζονται και οι διατάξεις των νόμων εκκρίπτουν σε ευχολόγια. Ιδιαίτερα ανησυχητικά, ασφαλώς, είναι και τα πορίσματα των ερευνών που συνδέουν το εν λόγω ζήτημα με την αυτοκτονία. Κρίνεται επιτακτική, λοιπόν, η ανάγκη για άμεση επίλυσή του από την Πολιτεία.

3.1.7.2. Απόπειρες αυτοκτονίας.

Ο όρος απόπειρα αυτοκτονίας είναι ασαφής και αυτό γιατί περιλαμβάνει 2 κατηγορίες ατόμων. Τα άτομα που κάνουν την απόπειρα και τα οποία πιστεύουν πως θα πεθάνουν, πράγμα που επιθυμούν και τα άτομα που κάνουν την απόπειρα πιστεύοντας πως δεν θα πεθάνουν. Σήμερα κάθε είδους αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θεωρείται ως μια μορφή απόπειρας αυτοκτονίας. «Αρκετά άτομα με αυτοκτονικές τάσεις λαμβάνουν μέρος σε προσπάθειες αυτοκτονίας οι οποίες όμως δεν έχουν ως κατάληξη τον θάνατο. Αυτές οι προσπάθειες αποκαλούνται απόπειρες αυτοκτονίας. Άτομα τα οποία έχουν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν είναι κατά 23 φορές πιθανότερο να διαπράξουν μία επιτυχή αυτοκτονία αργότερα, σε σχέση με όσους δεν έχουν ξανακάνει απόπειρα» (Βικιπαίδεια, 2008:1)

«Στην Ελλάδα η πιο συνηθισμένη μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας είναι τα φάρμακα και ιδιαίτερα τα ψυχοφάρμακα. Χρησιμοποιούνται κυρίως τα ελάσσονα ηρεμιστικά, τα μη οπιούχα αναλγητικά και τα αντικαταθλιπτικά. Από τους αυτοτραυματισμούς ο πιο συνηθισμένος είναι το κόψιμο των αγγείων του καρπού. Οι άλλοι τρόποι αυτοτραυματισμού όπως η πτώση από ύψος, το πέσιμο μπροστά σε κινούμενο όχημα χρησιμοποιούνται πιο σπάνια και κυρίως από άτομα που πραγματικά θέλουν να θέσουν σε τέλος την ζωή τους» (Δημητρίου, 1988:483).

3.2. Εγκληματοποίηση των ψυχικά διαταραγμένων ανθρώπων.

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα οφείλονται και στην επίδραση που έχει το περιβάλλον της φυλακής στα άτομα αλλά και στο γεγονός ότι πολλοί παραβάτες φυλακίζονται λόγω της ψυχικής τους διαταραχής και δεν παραπέμπονται σε ψυχιατρική μονάδα αλλά σε σωφρονιστικό ίδρυμα.

Στη σημερινή εποχή, ο αριθμός των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων που καταλήγει στα σωφρονιστικά ιδρύματα είναι αρκετά υψηλότερος σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια, φαινόμενο που παρατηρείται τόσο στην Αμερική, για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες αναφορές σχετικά με την ύπαρξη στις φυλακές μεγάλου αριθμού ψυχικά διαταραγμένων ατόμων άρχισαν να εμφανίζονται από το 1970, όσο και στην Ευρώπη (Andersen και συν., 1996. Bland και συν., 1998. Weisman, 2000, Lamp και συν., 2004).

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε την μελέτη των Andersen και συν. (2000). Σχεδόν το 1/3 των κρατούμενων (29%) εμφάνιζε μια ή περισσότερες διαταραχές ενώ τα

2/3 (71%) είχε εκδηλώσει κάποια διαταραχή τουλάχιστον μία φορά στη διάρκεια της ζωής του (Andersen και συν., 2000).

Το γεγονός ότι τα άτομα που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές έχουν αρκετές πιθανότητες να μπουν σε φυλακές είναι γνωστό ως εγκληματοποίηση των ψυχικά διαταραγμένων ανθρώπων. «Το φαινόμενο αυτό, της «εγκληματοποίησης των ψυχικά διαταραγμένων ανθρώπων (criminalization of the mentally ill) είναι αποτέλεσμα διαφορετικών παραγόντων, όπως είναι ο αποϊδρυματισμός, η αναμόρφωση του νομικού πλαισίου, σχετικά με την υποχρεωτική εισαγωγή ψυχικά ασθενών σε νοσοκομεία, αλλά κι η αδυναμία της αστυνομίας να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα» (Konrad, 2002.)

3.3 Σύνδρομα τα οποία εμφανίζονται σε κρατούμενους.

Σε κλειστά σωφρονιστικά ιδρύματα, πως σε αυτή την περίπτωση έχουμε τις φυλακές, εμφανίζονται συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται στους κρατούμενους. Πιο συγκεκριμένα στο υποκεφάλαιο αυτό θα δούμε τον ιδρυματισμό και τον σύνδρομο Ganser.

3.3.1. Σύνδρομο Ganser.

Το σύνδρομο Ganser, είναι ένα είδος διαταραχής στην οποία τα άτομα συμπεριφέρονται σαν να είναι πνευματικά και ψυχολογικά διαταραγμένα, ενώ στην πραγματικότητα, οι ίδιοι προκαλούν τα συμπτώματα. Τα άτομα αυτά αναζητούν την προσοχή και την συμπόνια που δείχνουν οι υπόλοιποι σε άτομα με ψυχικές πνευματικές διαταραχές. Γενικά, είναι ένα είδος πλασματικής διαταραχής στην οποία τα άτομα μιμούνται συμπεριφορές, όπως αυτή της σχιζοφρένειας (Franco & Friedman, 2008).

Όταν τα άτομα πάσχουν από το σύνδρομο Ganser έχουν επεισόδια που παρουσιάζουν παράξενη συμπεριφορά παρόμοια με αυτήν που δείχνουν άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές . Εμφανίζονται συγχυσμένα και λένε πώς τους συμβαίνουν καταστάσεις τις οποίες δεν μπορούν να εξηγήσουν όπως π.χ. να ακούνε φωνές, να μην μπορούν να κουνηθούν, αμνησία κ.ο.κ. (Franco & Friedman, 2008)

Το σύνδρομο αυτό περιέγραψε πρώτος το 1898 ο Singbert Ganser και το χαρακτήρισε ως μια περίεργη υστερική κατάσταση (Schorer, 1965). Παρατηρήθηκε για πρώτη φορά σε φυλακές γι' αυτό άλλωστε πολλές φορές είναι γνωστό και ως ψύχωση των φυλακών (prison psychosis). Η αίτια του συνδρόμου δεν είναι ακριβής αλλά σχετίζεται με τον εγκλεισμό και την απομόνωση. Θεωρείται σαν μια αντίδραση που εκδηλώνει το άτομο για να αντιμετωπίσει μια κατάσταση. (Andersen και συν., 2001).

Το βασικό χαρακτηριστικό του συνδρόμου αυτού αποτελεί η αδυναμία του ατόμου να απαντήσει με ακρίβεια σε εύκολες ερωτήσεις, στις οποίες απαντά κατά προσέγγιση, στοιχείο που κατά τον Ganser (1898) υποδήλωνε ότι το άτομο έχει αντιληφθεί την ερώτηση και τη σημασία της (Schorer, 1965). Για παράδειγμα, στην ερώτηση «πόσο κάνει δύο και δύο» το άτομο απαντά «πέντε». Αυτό αποτελεί κοινό στοιχείο σε όσα άτομα εμφανίζουν το σύνδρομο Ganser, το οποίο καθίσταται αρκετό για να αποδοθεί αυτή η διάγνωση. 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).

Συχνά χαρακτηρίζεται ως μια αντίδραση στο υπερβολικό στρες. Τα άτομα μέσα από αυτήν την διαταραχή, προσπαθούν να αποφύγουν τυχόν αρμοδιότητες ή ανεπιθύμητες καταστάσεις. Επίσης, το σύνδρομο αυτό αρκετές φορές συνοδεύεται από ψυχολογικά προβλήματα όπως οι διαταραχές προσωπικότητας (Franco & Friedman, 2008).

Στους έγκλειστους σε σωφρονιστικά ιδρύματα, το σύνδρομο αυτό συνδέεται με την προφυλάκιση, δηλαδή με την περίοδο που το άτομο αναμένει τα αποτελέσματα της δίκης, αλλά και με την απομόνωση. Επίσης, εμφανίζεται περισσότερο σε μειονότητες σε σχέση με τον επικρατούντα πληθυσμό.

3.3.2. Ιδρυματισμός

Τα τελευταία χρόνια καταβάλλονται πολλές προσπάθειες για την αντιμετώπιση του φαινομένου του ιδρυματισμού στην χώρα μας εξαιτίας των πολλών σοβαρών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Συνεχώς γίνονται προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης, σε πολλά κλειστά ιδρύματα περίθαλψης (π.χ. ορφανοτροφεία), αφού συνήθως τα παιδιά που μεγαλώνουν σε αυτά είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάσουν συμπτώματα ιδρυματισμού. Η αλλαγή του περιβάλλοντος του ατόμου από την καθημερινότητα και την ελευθέρια του σε ένα ίδρυμα προκαλεί προβλήματα προσαρμογής και σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Ο ιδρυματισμός δεν αφορά αποκλειστικά τα σωφρονιστικά καταστήματα. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που παρατηρείται σε όλα τα είδη των κλειστών ιδρυμάτων, όπως είναι τα μακράς νοσηλείας ψυχιατρικά ιδρύματα ή τα άσυλα. Αναφέρεται στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που παρουσιάζει η συμπεριφορά του εγκλείστου μετά από μακροχρόνια παραμονή στο ίδρυμα αυτό (Wing, 2000).

Όπως αναφέρει η Τσαλίκου (1989) ο ιδρυματισμός μπορεί να χαρακτηριστεί ως σύνδρομο και τα συμπτώματα του αφορούν τις γνωστικές λειτουργίες, την αντίληψη, την κινητοποίηση, το συναίσθημα και το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Τα συμπτώματα που αφορούν τις γνωστικές λειτουργίες είναι η χαοτική μνήμη και η αδυναμία συγκέντρωσης, ενώ οι ψευδαισθήσεις και η απροσωποποίηση αναφέρονται στην αντίληψη. Η απάθεια, η απώλεια πρωτοβουλίας κι ενδιαφέροντος έχουν σχέση με την κινητοποίηση. Η ευερεθιστότητα κι απελπισία ανήκουν στα συμπτώματα του συναισθήματος και οι διαταραχές της σεξουαλικότητας αφορούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Ο Wormith (1995), αναφέρει πως επειδή οι συνθήκες εγκλεισμού στερούν από το άτομο την αυτονομία και την δυνατότητα να λαμβάνει από μόνο του αποφάσεις, προκαλούν στο τελευταίο άγχος. Στα πλαίσια του σωφρονιστικού ιδρύματος, οι κρατούμενοι δεν έχουν κανενός είδους επιρροή σε θέματα που αφορούν τους ίδιους. Όλες οι παράμετροι της ζωής του ατόμου, για όσο χρονικό διάστημα ζει στο χώρο του εγκλεισμού, όπως είναι η κάλυψη των υλικών του αναγκών, η ενδυμασία του κι άλλες, αλλά και το καθημερινό πρόγραμμά του είναι καθορισμένα, χωρίς το ίδιο να έχει τη δυνατότητα να επέμβει σε ότι τον περιβάλλει και τον αφορά, χωρίς να μπορεί να επενεργήσει στο περιβάλλον του.

Το σύνδρομο του ιδρυματισμού διαφέρει από άτομο σε άτομο, αφού ο καθένας δίνει διαφορετική ερμηνεία σε διάφορες καταστάσεις και επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες σε διαφορετικό βαθμό. Οι διαφορές αυτές ανάμεσα στους κρατούμενους επιδρούν στη συμπεριφορά και τις στάσεις τους σχετικά με τον εγκλεισμό και τη διαβίωση στο σωφρονιστικό ίδρυμα και στον διαφορετικό τρόπο που αντιμετωπίζουν τις συνθήκες που επικρατούν (Wormith, 1995).

3.4. Επίλογος

Τελειώνοντας το κεφάλαιο αυτό, θεωρήσαμε σωστό να αναφερθούμε στο ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, μια μεθοδολογία η οποία πρέπει να εφαρμόζεται για να αξιολογούνται οι επιπτώσεις του περιβάλλοντος της φυλακής στην ψυχική υγεία των έγκλειστων. Ακόμα εισηγείται να αξιολογούνται οι ανάγκες για την ποιότητα της ψυχικής ζωής των φυλακισμένων και να λαμβάνονται μέτρα για την βελτίωσή της (Nurse και συν. 2003).

Η ψυχική υγεία ενός ατόμου, λοιπόν, απειλείται όταν αυτό βρίσκεται σε ένα περιβάλλον το οποίο λειτουργεί μόνο με κανόνες που είναι περιοριστικοί και σκληροί, αποτελείται από τα ίδια άτομα και βρίσκεται πάντα στο ίδιο χώρο. Όπως είδαμε από το κεφάλαιο αυτό οι διαταραχές που εμφανίζονται στον χώρο των σωφρονιστικών ιδρυμάτων είναι αρκετές και από αυτό φαίνεται και οι αναγκαιότητα ύπαρξης ατόμων που ειδικεύονται σε επιστήμες που αφορούν την υγεία και ιδιαίτερα την ψυχική υγεία, όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι ψυχίατροι και οι κοινωνικοί λειτουργοί. Το κεφάλαιο που ακολουθεί αναφέρεται στα καθήκοντα των επιστημών υγείας σε ένα πλαίσιο όπως είναι η φυλακή και συγκεκριμένα στην κλειστή φυλακή Νέας Αλικαρνασσού.

Κεφάλαιο 4

Τα καθήκοντα των επιστημόνων υγείας στην κλειστή φυλακή Αλικαρνασσού

4.1. Οι τομείς άσκηση κοινωνικής εργασίας.

Η κοινωνική εργασία ασκείται σε διάφορους τομείς και επεκτείνεται σε κάθε είδους κοινότητα, σε διαφορετικές ομάδες ανθρώπων και σε πολυάριθμα και ποικίλα προβλήματα και καταστάσεις. Ένας από τους τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας είναι και ο τομέας της παραβατικότητας. Οι κοινωνικές υπηρεσίες του τομέα αυτού εξυπηρετούν άτομα κάθε ηλικίας που έχουν υποπέσει σε παραβατική ή εγκληματική συμπεριφορά.

«Η κοινωνική εργασία στον τομέα της παραβατικότητας ασκείται από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι είναι μέλη του επιστημονικού συμβουλίου της φυλακής ή του σωφρονιστικού καταστήματος. Συμμετέχουν στα συμβούλια και στις επιτροπές που είναι αρμόδιες για τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την διαβίωση και τη μεταχείριση των κρατουμένων» (Καλλινικάκη, 1998 :196).

«Επίσης ο κοινωνικός λειτουργός μελετά τις δυνατότητες και προϋποθέσεις αδειών απουσίας ή άλλων μορφών ημιελεύθερης διαβίωσης, και εισηγείται ανάλογα στην κάθε αρμόδια επιτροπή. Όσον αφορά την μεταγωγή κρατουμένων γίνεται με πρόταση του διευθυντή που συνοδεύεται με την αντίστοιχη εισήγηση της κοινωνικής υπηρεσίας του σωφρονιστικού καταστήματος. Επιπλέον ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στο πειθαρχικό συμβούλιο της φυλακής, το οποίο απονέμει τις αμοιβές και επιβάλλει τις βαθύτερες πειθαρχικές κυρώσεις» (Σταθόπουλος, 2003: 378).

«Τα λοιπά στοιχεία και οι εκθέσεις, τα οποία τηρούν οι κοινωνικοί λειτουργοί, είναι απόρρητα και δεν μπορούν να αποτελέσουν στοιχεία δικογραφίας, ούτε να λάβουν οποιαδήποτε μορφή δημοσιότητας. Κατ' εξαίρεση, τα στοιχεία αυτά μπορεί να τεθούν υπόψη του γιατρού, του ψυχολόγου, του διευθυντή του καταστήματος ή ανωτέρου υπαλλήλου του Υπουργείου Δικαιοσύνης με γραπτή εντολή του Υπουργού ή Εισαγγελέα» (Σταθόπουλος, 2003:378).

«Οι κοινωνικές υπηρεσίες των σωφρονιστικών καταστημάτων είναι αρμόδιες για την τήρηση ατομικών μερίδων κοινωνικής έρευνας των κρατουμένων. Ωστόσο, οι

υπηρεσίες αυτές υπερασχολούνται με τη γραφειοκρατική διεκπεραίωση υποθέσεων και με παραπομπές κρατουμένων και αποφυλακισμένων στους ελάχιστους φορείς που προσφέρουν κοινωνικές παροχές και υποαπασχολούνται με την υποστήριξη και την εν γένει μεταχείριση των κρατουμένων, καθώς συνήθως διαθέτουν ελάχιστες πληροφορίες για τα δεδομένα της ζωής των κρατουμένων εκτός φυλακής, ακόμα και για τις ποινικές υποθέσεις τους. Έτσι, η ουσιαστική εκτίμηση των αναγκών των κρατουμένων υποκαθίσταται από την στοιχειώδη, συχνά τυπική διαχείριση των υποθέσεων τους, εφόσον οι ίδιοι οι κρατούμενοι ενδιαφερθούν και αναλάβουν σχετική πρωτοβουλία» (Tyger & Simonsen, 2003: 43).

«Οι περιορισμένες δυνατότητες σε συνδυασμό με την άγνοια, την αδιαφορία ή και την παραίτηση των κρατουμένων και των αποφυλακισμένων καθώς και με την ελλιπή υποδομή των φυλακών δεν επιτρέπουν αισιόδοξες εκτιμήσεις προς το παρόν και για τι άμεσο μέλλον ως προς την αποχή των αποφυλακισμένων από αρνητικά προσημασμένες δραστηριότητες, που τους οδηγούν εκ νέου ενώπιον της ποινικής δικαιοσύνης. Το αδιέξοδο των κοινωνικών υπηρεσιών των φυλακών ως προς τις δυνατότητες για προετοιμασία και παραπομπή των κρατουμένων και των αποφυλακισμένων σε φορείς υποστήριξης και αποκατάστασης είναι ο καθρέπτης του μονόδρομου της παρανομίας που ανοίγεται για πολλούς ανθρώπους μέσα στις φυλακές και έξω από αυτές. Στο μονόδρομο αυτό ωθούν το ποινικό μητρώο, η στέρηση των πολιτικών δικαιωμάτων, η απέλαση και άλλοι αντιφατικοί δικαιοϊκοί θεσμοί καθώς και κάθε κοινωνική προκατάληψη που οδηγεί σε εκ προοιμίου αποκλεισμούς» (Appelbaum & Hickey, 2002: 1342).

«Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στα σωφρονιστικά καταστήματα, εκτός από την ατομική συνεργασία του με τον κάθε κρατούμενο, αναπτύσσει προγράμματα κοινωνικής εργασίας με στόχο την κοινωνική προσαρμογή στο κλειστό πλαίσιο του καταστήματος, τη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής, της επικοινωνίας και της αλληλεγγύης. Στις περιπτώσεις αυτές αξιοποιείται η μέθοδος της κοινωνικής εργασίας με ομάδες, με στόχο το μοίρασμα των ευθυνών, την κατανομή και οργάνωση των δραστηριοτήτων στο χώρο διαμονής και απασχόλησης των κρατουμένων, την πρόληψη ή και την άμβλυνση των μεταξύ τους συγκρούσεων. Ειδικότερες παρεμβάσεις

αναπτύσσονται σε περιπτώσεις εγκλείστων με χρόνια νοσήματα, αλκοολικών, χρηστών εξαρτησιογόνων ουσιών, ψυχικά ασθενών κ.α.» (Καλλινικάκη, 1998: 196-197).

«Στο άρθρο 113 περί κοινωνικών λειτουργών περιγράφονται λεπτομερώς τα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με το άρθρο αυτό, ο κοινωνικός λειτουργός:

- Έρχεται σε άμεση επικοινωνία με κάθε κρατούμενο, χωρίς την παρέμβαση τρίτου προσώπου, εκτός αν υπάρχουν δικαιολογημένοι λόγοι ασφάλειας,
- Λαμβάνει γνώση του ατομικού φακέλου των κρατουμένων και ενεργεί επιτόπιες κοινωνικές έρευνες για συγκέντρωση των απαραίτητων στοιχείων της ατομικής, οικογενειακής και κοινωνικής κατάστασης τους,
- Τηρεί μητρώο περιπτώσεων, ατομικές καρτέλες ή φακέλους και δελτία εξέλιξης και κοινωνικής έρευνας, καθώς και στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις ενέργειες και τα αποτελέσματα της κοινωνικής εργασίας,
- Ενημερώνει τον διευθυντή και το επιστημονικό συμβούλιο για την προσωπικότητα και τα προβλήματα του κρατούμενου και υποβάλλει προτάσεις για την εξατομικευμένη μεταχείριση του,
- Συντάσσει προβλεπόμενες εκθέσεις για τους κρατούμενους, των οποίων το περιεχόμενο είναι εμπιστευτικό,
- Μεριμνά για την κάλυψη υλικών και ηθικών αγαθών των κρατουμένων , σε συνεργασία με κοινωνικούς φορείς και άλλες ομάδες,
- Προετοιμάζει τον απολυόμενο κρατούμενο και το περιβάλλον του για την ομαλή επανένταξη του και παρακολουθεί , μετά την αποφυλάκιση , όσες περιπτώσεις κρίνει απαραίτητο» (Σταθόπουλος, 2003: 377-378).

Όλες οι παραπάνω αρμοδιότητες αναφέρονται τόσο στην γενικότερη δράση του κοινωνικού λειτουργού στα σωφρονιστικά καταστήματα όσο και στην περίπτωση του καταστήματος της Νέας Αλικαρνασσού.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί προσφέρουν υποστηρικτικές υπηρεσίες με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των ανθρώπινων και κοινωνικών προβλημάτων.

Ειδικότερα:

- παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη και καθοδήγηση σε άτομα που ανήκουν στα ευπαθή κοινωνικά στρώματα και βιώνουν ή απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό
- ασχολούνται με την υποστήριξη διαφόρων προγραμμάτων περίθαλψης και χορήγησης επιδομάτων σε απόρους, άτομα με αναπηρίες ή άλλες ειδικές ανάγκες, ηλικιωμένους, φυλακισμένους, αποφυλακισμένους και ανέργους
- συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τις υποθέσεις που χειρίζονται και ενημερώνουν τα άτομα για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους
- συνεργάζονται με οργανισμούς κοινωνικής φροντίδας, νοσοκομεία, κέντρα αποτοξίνωσης και σωφρονιστικά ιδρύματα με σκοπό την επανένταξη των ατόμων αυτών στην κοινωνία
- διενεργούν εκπαιδευτικά σεμινάρια και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην καταπολέμηση της νεανικής παραβατικότητας
- συντάσσουν τα αρχεία ή τις εκθέσεις υποθέσεων που θα εκδικαστούν στα δικαστήρια
- εκτελούν συναφείς εργασίες

Πίνακας Γ1: Συνοπτική παρουσίαση αρμοδιοτήτων κοινωνικού λειτουργού στις φυλακές.

4.2. Καθήκοντα ψυχολόγου

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 κρατούμενους μέσω ατομικών ή ομαδικών συνεδριών, κατόπιν προγραμματισμού και σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη του ειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού με στόχο: **α)** την προσαρμογή των

κρατούμενων 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 κρατούμενων στο χώρο εργασίας τους,

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

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 κρατούμενων» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003: 23-24).

4.3. Καθήκοντα ιατρικού προσωπικού

Ο ιατρός του καταστήματος εξετάζει κλινικά και προγραμματίζει τον εργαστηριακό έλεγχο τον οποίο κρίνει απαραίτητο για κάθε νεοεισαγόμενο κρατούμενο το αργότερο την επόμενη ημέρα από την εισαγωγή του στο κατάστημα. Ειδικότερα, ο ιατρός:

«1. Εξετάζει καθημερινά τους ασθενείς κρατούμενους οι οποίοι το ζητούν καθώς και κάθε έκτακτο περιστατικό και γενικά προβαίνει στις απαιτούμενες ενέργειες, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

2. Καθορίζει τη θεραπευτική, διαιτητική και φαρμακευτική αγωγή και ελέγχει την ακριβή τήρηση της.

3. Γνωστοποιεί στο διευθυντή κάθε περίπτωση κρατουμένου που πάσχει ή εικάζεται ότι πάσχει από λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα για την άμεση λήψη των αναγκαίων μέτρων προφυλακτικού περιορισμού μέχρι τη μεταφορά του κρατούμενου σε κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

4. Συνεργάζεται με τον διευθυντή του καταστήματος για την λήψη των κατάλληλων μέτρων παρακολούθησης και προστασίας κάθε κρατούμενου ο οποίος δηλώνει ότι κατέρχεται σε απεργία πείνας.

5. Διενεργεί τις ιατρικές πράξεις που κρίνει ότι είναι αναγκαίες για την υγεία του κρατουμένου ο οποίος δεν βρίσκεται σε κατάσταση να συναινέσει ή αρνείται τη συναίνεσή του ή περιέχεται σε κατάσταση άμεσου κινδύνου ζωής ή σοβαρής και μόνιμης βλάβης της υγείας του από απεργία πείνας, μετά από διαταγή του εισαγγελέα επόπτη του καταστήματος.

6. Μεριμνά για την προμήθεια του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού σε συνεργασία με τον υπεύθυνο του φαρμακείου και ελέγχει κάθε μήνα την καταλληλότητα του υλικού.

7. Γνωματεύει για την εισαγωγή των ασθενών κρατουμένων στο αναρρωτήριο του καταστήματος κράτησης, στο τοπικό νοσοκομείο ή στο νοσοκομείο ή στο νοσοκομείο κρατουμένων, εκτάκτως ή προγραμματισμένα.

8. Εκδίδει όλες τις γνωματεύσεις που απαιτούνται για μεταγωγές κρατουμένων, απονομή χάριτος και άλλα ζητήματα εκτέλεσης των ποινών.

9. Φροντίζει για τη διενέργεια τακτικών εργαστηριακών εξετάσεων των εργαζομένων κρατουμένων και των κρατουμένων οι οποίοι πρόκειται να τοποθετηθούν για πρώτη φορά σε εργασία και ορίζει μια φορά την εβδομάδα ημέρα αιμοληψίας για έλεγχο μεταδοτικών νοσημάτων.

10. Μεριμνά για τον εμβολιασμό των κρατουμένων και προσωπικού για την πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων.

11. Ελέγχει την ποιότητα του συσσιτίου , τα είδη και τα αντικείμενα υγιεινής.

12. Συνεννοείται με το νοσηλευτικό προσωπικό και λοιπό προσωπικό του καταστήματος κράτησης για τον τρόπο ειδοποίησης του, κατά την διάρκεια απουσίας του από αυτό εφόσον υπάρξει ανάγκη» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003: 18).

4.4. Καθήκοντα οδοντιάτρου

«Ο οδοντίατρος ασχολείται με την στοματική υγιεινή των κρατουμένων , ιδίως με εμφράξεις και εξαγωγές οδόντων, οδοντοθεραπείας και προσθετικές εργασίες. Οι προσθετικές εργασίες βαρύνουν τους κρατουμένους» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003:18).

4.5. Καθήκοντα φαρμακοποιού

«1. Ο φαρμακοποιός σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του καταστήματος, προμηθεύεται το απαιτούμενο φαρμακευτικό υλικό και είναι υπεύθυνος για τη φύλαξη, συντήρηση και για τη διανομή των φαρμάκων, σύμφωνα με τις εντολές των ιατρών.

2. Εάν δεν υπηρετεί φαρμακοποιός, τα καθήκοντα του εκτελούνται από το νοσηλευτικό προσωπικό» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003:18).

4.6. Καθήκοντα προϊσταμένου νοσηλευτικού προσωπικού

Ο προϊστάμενος νοσηλευτικού ή ο αρχαιότερος νοσηλευτής εποπτεύει του νοσηλευτικού προσωπικού για τη σωστή εκτέλεση των καθηκόντων του. Ειδικότερα, ο προϊστάμενος νοσηλευτικού ή ο αρχαιότερος νοσηλευτής:

«1. Καθορίζει τις βάρδιες και προγραμματίζει τη χορήγηση αδειών στους νοσηλευτές σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό και τον διευθυντή του καταστήματος φροντίζοντας

ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους κρατούμενους καθημερινά και σε 24ωρη βάση, εφόσον επαρκεί το προσωπικό.

2. φροντίζει για την αρχειοθέτηση όλων των βιβλίων και δελτίων του ιατρείου . τα βιβλία αυτά είναι:

α) το βιβλίο ημερήσιας αναφοράς νοσηλευτών

β) τα βιβλία ιατρών κατά ειδικότητα (καρδιολόγου, παθολόγου, ψυχιάτρου, οδοντιάτρου) στα οποία οι ιατροί αναγράφουν την κλινική εξέταση του ασθενούς , τη διάγνωση και τη φαρμακευτική ή άλλη αγωγή.

γ) ο ατομικός ιατρικός φάκελος ή δελτίο υγείας κρατουμένου, που τον ακολουθεί σε κάθε μετακίνηση του. Στο δελτίο αναγράφονται οι ασθένειες που έχουν διαγνωσθεί, τα φάρμακα που έχουν χορηγηθεί, οι εμβολιασμοί που έχουν πραγματοποιηθεί, οι εργαστηριακοί έλεγχοι που έχουν διενεργηθεί και γενικά ότι σχετίζεται με την υγεία του κρατουμένου.

δ) το βιβλίο παραπομπής κρατουμένων σε νοσηλευτικά ιδρύματα είτε παραπομπή γίνεται εκτάκτως ή προγραμματισμένα – στο βιβλίο αυτό καταγράφονται: το ονοματεπώνυμο του υπαλλήλου που ενήργησε για τον καθορισμό της ημερομηνίας μεταγωγής στο νοσηλευτικό ίδρυμα με την υπογραφή του και ο χρόνος παραμονής του κρατούμενου στο νοσοκομείο και ο χρόνος επιστροφής του από αυτό.

ε) το βιβλίο αιμοληψίας

στ) το βιβλίο εμβολιασμών

ζ) το βιβλίο ψυχιατρικών φαρμάκων – στο βιβλίο αυτό καταγράφεται καθημερινά η χορήγηση φαρμάκων στους κρατούμενους οι οποίοι τελούν υπό φαρμακευτική αγωγή.

η) το βιβλίο ιατρικών συμβάντων – στο βιβλίο αυτό καταγράφεται κάθε έκτακτο περιστατικό σχετικό με την υγεία ή και το θάνατο των κρατουμένων.

θ) το βιβλίο θυμάτων επίθεσης και κακομεταχείρισης ,

ι) το βιβλίο εισερχόμενων –εξερχόμενων φαρμάκων, ψυχιατρικών και παθολογικών, **ια)** το βιβλίο δοσοληψίας φαρμάκων

ιβ) το βιβλίο καταχώρησης ασθενών με μεταδοτικά νοσήματα – στο βιβλίο αυτό καταγράφονται:το είδος της νόσου, η διάρκεια της η φαρμακευτική αγωγή και η πορεία της νόσου (επιδείνωση, βελτίωση, ίαση)» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003:18).

4.7. Καθήκοντα νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής φροντίζει για την έγκαιρη προμήθεια φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού από το φαρμακείο, ενημερώνοντας σχετικά το ιατρικό προσωπικό και σε συνεργασία με τον προϊστάμενο του τμήματος οικονομικού του καταστήματος. Ειδικότερα ο νοσηλευτής:

- «1. Μεριμνά για τη χορήγηση των φαρμάκων στους κρατούμενους και την ακριβή τήρηση των οδηγιών του ιατρού τον οποίο ενημερώνει σχετικά.
2. Συνοδεύει τον ιατρό σε κάθε εξέταση κρατουμένου
3. Έχει την ευθύνη για την ατομική καθαριότητα και υγιεινή των ασθενών κρατουμένων
4. Προβαίνει στις νοσηλευτικές πράξεις που του αναθέτει ο ιατρός, εφόσον ο ιατρός κρίνει ότι **ι)** αυτές μπορούν να εκτελεστούν από το νοσηλευτή τηρώντας πιστά τις οδηγίες του ιατρού και **ii)** δεν εκτίθεται έτσι σε κίνδυνο η υγεία του ασθενούς κρατουμένου» (Υπουργείο Δικαιοσύνης, 2003:19).

4.8. Θέματα μεταχείρισης κρατουμένων στην Κλειστή Φυλακή Νέας Αλικαρνασσού (εργασία, κατάρτιση, υγειονομική περίθαλψη).

Στη Κλειστή Φυλακή Νέας Αλικαρνασσού υπό τις σημερινές συνθήκες ασφυκτικού συνωστισμού, οι δυνατότητες για δημιουργική απασχόληση και προετοιμασία των κρατουμένων ενόψει της αποφυλάκισης τους είναι περιορισμένες. Οι διέξοδοι που εξασφαλίζουν την αποδέσμευση και απομάκρυνση των κρατουμένων από τις εγκαταστάσεις που συντελούν στις εμπλοκές τους με την ποινική δικαιοσύνη είναι ελάχιστες. Το κατάστημα της φυλακής, σύμφωνα με τα λεγόμενα της κοινωνικής λειτουργού, διαθέτει ένα κτίριο εργαστηρίων (τυπογραφείο, ξυλουργείο, γλυπτική) μια αίθουσα για προγράμματα συμβουλευτικής και μια αίθουσα για προγράμματα κατάρτισης .

Πολλοί κρατούμενοι παραμένουν αδρανείς και ορισμένοι, περισσότεροι ή λιγότεροι, αναζητούν ευκαιρίες για να βελτιώσουν τις επαφές τους με τον κόσμο της παρανομίας, στον οποίο πιθανώς θα ενταχθούν και μετά την αποφυλάκιση. Ωστόσο, για τους ανθρώπους αυτούς η φυλακή δεν είναι σχολείο εγκληματικότητας, όπως συνήθως κατηγορείται. Σχολείο εγκληματικότητας είναι η ίδια η οργανωμένη κοινωνία με τον

αδυσώπητο ανταγωνισμό και τις οικονομικές κ.α. ανισότητες και διακρίσεις. Η φυλακή είναι ένα μικρό παράρτημα εξειδίκευσης και εμβάθυνσης στην εγκληματικότητα. Η πρόβλεψη του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας των Φυλακών για σχεδιασμό προγράμματος εξατομικευμένης εποικοδομητικής μεταχείρισης των κρατουμένων με σκοπό την προσαρμογή τους στο νόμιμο κοινωνικό βίο κατά το χρόνο της κράτησης και μετά την απόλυση τους παραμένει «κενό γράμμα».

Όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη των κρατουμένων στο κατάστημα της Κλειστής Φυλακής Νέας Αλικαρνασσοῦ σύμφωνα πάλι με τα στοιχεία της κοινωνικής υπηρεσίας του καταστήματος της Αλικαρνασσοῦ υπηρετεί ένας μόνιμος οδοντίατρος ο οποίος προσέρχεται στην φυλακή από δύο φορές την εβδομάδα καθώς και γιατροί άλλων ειδικοτήτων (ψυχίατρος, παθολόγος κ.λπ.). Τις απογευματινές και νυχτερινές ώρες το ιατρείο δεν καλύπτεται από κάποιο εφημερεύοντα ιατρό. Οι κρατούμενοι προσέρχονται για ιατρική εξέταση κατά κανόνα με δική τους πρωτοβουλία. Τηρούνται βιβλία εξετάσεως όπως ορίζει ο εσωτερικός κανονισμός της φυλακής στα οποία ο ιατρός συνταγογραφεί την κατά περίπτωση ενδεδειγμένη αγωγή. Η χορήγηση των κάθε είδους φαρμάκων σε κρατούμενους γίνεται αποκλειστικά βάσει αυτών των ιατρικών συνταγών.

«Η φυλακή της Νέας Αλικαρνασσοῦ διαθέτει φαρμακείο, αλλά δεν υπηρετεί ειδικευμένος επαγγελματίας φαρμακοποιός. Υπεύθυνος του φαρμακείου είναι ο σωφρονιστικός υπάλληλος ο οποίος μεριμνά σε καθημερινή βάση για την κάλυψη των αναγκών του συνόλου των κρατουμένων σε φάρμακα, σύμφωνα με τις υποδείξεις των αρμόδιων ιατρών. Καθημερινώς γίνεται η διανομή των φαρμάκων σε κάθε κρατούμενο ατομικά, στους χώρους κράτησης (κελιά ή θαλάμους), σύμφωνα με τις συνταγές των αρμόδιων ιατρών, προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες της υγείας των κρατουμένων. Περιστατικά τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν στο ιατρείο της φυλακής παραπέμπονται στο Νοσοκομείο Κρατουμένων, το οποίο αποφασίζει και υποδεικνύει την περαιτέρω μεταχείριση τους. Όταν το Νοσοκομείο Κρατουμένων δεν μπορεί να καλύψει τους κρατούμενους, ακολουθούνται διαδικασίες μεταγωγής σε δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα» (Πληροφορίες από την κοινωνική λειτουργό των Φυλακών Νέας Αλικαρνασσοῦ)

4.9. Η ελληνική πραγματικότητα στην ψυχολογική μεταχείριση του εγκληματία

«Το μοντέλο σωφρονιστικής πολιτικής που ακολουθείται στη χώρα μας και αποτυπώνεται στο κείμενο του νέου Σωφρονιστικού Κώδικα είναι εκείνο της δίκαιης αποκατάστασης ή δικαιοκώ πρότυπο 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.» (Αλεξιάδης, 1993:127)

Ωστόσο στο Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα (N.2462/1997) ορίζεται ότι στόχος ενός σωφρονιστικού συστήματος θα πρέπει να είναι η αναμόρφωση και η κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων. Δεδομένης της αυξημένης τυπικής ισχύος του Διεθνούς Συμφώνου κατά το άρθρο 28 του Συντάγματος τίθεται ένα ζήτημα σύμπλευσης της ουδέτερης προς το σωφρονισμό στάσης της ελληνικής σωφρονιστικής νομοθεσίας με την αντίστοιχη διεθνή.

«Πάντως οι Ευρωπαϊκοί Σωφρονιστικοί Κανόνες του 1987 που διατυπώνονται στη Σύσταση αρ. R 87 3 και ειδικότερα στην παράγραφο 66 αναφέρονται στην ανάπτυξη διαδικασιών για τη δημιουργία και επανεξέταση της εξατομικευμένης μεταχείρισης των κρατουμένων μετά από συνεχή συνεργασία του αρμόδιου προσωπικού με το συγκεκριμένο κρατούμενο, στον οποίο αφορούν, ως αντικειμενικό σκοπό της μεταχείρισης και του σωφρονιστικού συστήματος, ενώ η υπουργική απόφαση υπ' αριθμ. 58819/2003 για τη λειτουργία των γενικών καταστημάτων κράτησης τύπου Α και Β αναφέρει ότι η μεταχείριση των κρατουμένων προσανατολίζεται στη δίκαιη εκδίκαση της υπόθεσής τους και στην προσαρμογή τους στο νόμιμο κοινωνικό βίο, προβλέπει δε την εκούσια συνεργασία των κρατουμένων με το ειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό για το σχεδιασμό προγράμματος εποικοδομητικής μεταχείρισης.» (Αλεξιάδης, 1993:230)

«Ειδικά ως προς την ψυχολογική μεταχείριση των κρατουμένων αυτή επιβάλλεται ρητά από τους Ευρωπαϊκούς Σωφρονιστικούς Κανόνες, όπου στην παράγραφο 30.1 αναφέρεται ότι ο ιατρός του σωφρονιστικού καταστήματος είναι επιφορτισμένος με την εποπτεία της σωματικής και ψυχικής υγείας των κρατουμένων,

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: 29).

Η ελληνική νομοθεσία πράγματι έχει προβλέψει στο Νόμο 1851/1989 περί των βασικών κανόνων για τη μεταχείριση των κρατουμένων και συγκεκριμένα στο άρθρο 97 ότι στο προσωπικό των άλλων κατηγοριών των καταστημάτων κράτησης υπάγονται μεταξύ άλλων και οι ψυχολόγοι. Στο άρθρο 108 μάλιστα περιγράφονται τα καθήκοντά τους, ήτοι ότι εξετάζουν τους κρατουμένους με ειδικές δοκιμασίες (tests) 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 (correction systems). Στην πράξη όμως δεν υπάρχουν μόνιμοι υπάλληλοι ή έστω συνεργαζόμενοι ψυχολόγοι στα καταστήματα κράτησης, το ρόλο τους δε αναλαμβάνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, παρά το ότι δε διαθέτουν το κατάλληλο επιστημονικό υπόβαθρο ως προς αυτό, και μόνο σε ακραίες περιπτώσεις εκδήλωσης μίας οξείας ψυχολογικής διαταραχής αποφασίζεται η μεταφορά του κρατουμένου σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα» (Eisenberg, 2000: 31).

4.10. Αποτελεσματικότητα και ηθική της ψυχολογικής παρέμβασης

Αναφορικά με την αποτελεσματικότητα και την ηθική της επέμβασης στην ψυχολογία του παραβάτη ή του ήδη κρατουμένου παρατηρείται μία επιμονή εκ μέρους της θεωρίας στην ψυχολογική μεταχείριση του εγκληματία που δεν είναι ωστόσο κατά τη γνώμη του γράφοντος αδικαιολόγητη.

Και αυτό γιατί οι πρωτογενείς παρεμβάσεις των ψυχολογικών διαταραχών ακολουθούν το μοντέλο της δημόσιας υγείας (public health) που κυριαρχεί αυτή τη στιγμή στις Η.Π.Α. και υποθέτει ότι η πρόληψη αποτελεί την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος σε σχέση με τη δευτερογενή δράση (Blackburn, 1993).

Έμφαση δίνεται στην παρέμβαση σε νεαρή ηλικία με στόχο την ανάπτυξη στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, επούλωσης των παιδικών ψυχικών τραυμάτων, αντιμετώπισης της επιθετικότητας και της βελτίωσης των κοινωνικών σχέσεων. Έμφαση δίνεται παρομοίως σε επικοινωνιακές, εκφραστικές ικανότητες, νοητικές διεργασίες, στη διαδικασία διαμόρφωσης αποφάσεων, την ανάπτυξη σεβασμού προς τους τρίτους, και την καλλιέργεια υπευθυνότητας, ενσυναίσθησης και συμπάθειας για τους άλλους (Siegel, 2005).

Και επειδή υπάρχει επιστημονική απόδειξη ότι η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου που έχει αναγνωρισμένους πρόγονους παράγοντες στην παιδική ηλικία του εν δυνάμει παραβάτη, όπως λ.χ. οι υπανάπτυκτες κοινωνικές ικανότητες, προτείνεται η τροποποίηση των ατομικών και οικογενειακών παραγόντων, προκειμένου να αναχαιτισθεί η εξελικτική πορεία της παραβατικότητας, μέσω της ανάπτυξης και της ενδυνάμωσης των χαρακτηριστικών που αποτελούν θύλακα αντίστασης ενάντια στην ψυχολογική δυσλειτουργία και το άγχος (Blackburn, 1993).

«Κατά τη γνώμη του Μάρτινσον με την εξαίρεση μερικών μεμονωμένων περιπτώσεων, καμιά προσπάθεια επανένταξης δεν είχε αποτέλεσμα πάνω στο φαινόμενο της υποτροπής» (Blackburn, 1993: 400).

Καταρχήν συγκρούσεις ανακύπτουν στα σωφρονιστικά καταστήματα μεταξύ των απαιτήσεων για ασφάλεια και έλεγχο και των προτεραιοτήτων για μεταχείριση εκ μέρους των ψυχολόγων και των προσπαθειών να εισαχθούν στα σωφρονιστικά καταστήματα νέα θεραπευτικά προγράμματα, που σκοντάφτουν πάνω στην αδράνεια των ιθυνόντων, στην

εχθρότητα και το συντηρητισμό του προσωπικού των καταστημάτων αυτών (Kaiser & Schöch, 2003: 122).

«Ένα πρώτο δίλημμα που αντιμετωπίζει ο ψυχολόγος είναι εκείνο της σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, το οποίο όμως ο ψυχολόγος είναι υποχρεωμένος να μοιράζεται με τρίτους» (Blackburn, 1993: 410).

«Οι ψυχολόγοι μπορεί να επιθυμούν να περιοριστούν στο ρόλο του θεραπευτή, του διαχειριστή ή του ερευνητή, όμως αμφισβητείται αν υπάρχει χώρος εντός ενός σωφρονιστικού καταστήματος ελεύθερος ηθικών διλημάτων. Ένας επαγγελματίας ψυχολόγος θα πρέπει να δέχεται τη συνεργασία και τον αυτοέλεγχο των κρατουμένων ως τον πρωταρχικό στόχο της παρέμβασης του, ότι η μεταχείριση υπηρετεί την κοινωνία και να προσπαθεί να συνεργαστεί με το σύστημα και να επιτύχει καλή συνεργασία» (Blackburn, 1993:393).

«Ο πρωτοπόρος ψυχολόγος αντιμετωπίζει τα προβλήματα των κρατουμένων υπό το πρίσμα της κοινωνικής στέρησης και διάκρισης που αυτοί βιώνουν, αντιμετωπίζει με σκεπτικισμό τους στόχους των εκπροσώπων του συστήματος της ποινικής δικαιοσύνης και σαμποτάρει εκείνους που συνθλίβουν κοινωνικά τον θεραπευόμενό του, καθώς γι' αυτόν προέχει η θεραπευτική σχέση. Αυτοί οι ρόλοι είναι κάθετα αντίθετοι μεταξύ τους και πολλοί ψυχολόγοι παλεύουν να κρατήσουν μια ισορροπία μεταξύ τους, όχι όμως ασυμβίβαστοι» (Blackburn, 1993: 412).

«Υπάρχει λοιπόν ανάγκη για την επίτευξη πολλαπλών στόχων εκ μέρους του ψυχολόγου, με την αναγνώριση ότι η ψυχολογία δε διαθέτει όλες τις απαντήσεις και ότι μια ελάχιστη απαίτηση είναι να γνωρίζει ο ψυχολόγος τόσο το κοινωνικό και νομικό περιεχόμενο του συστήματος της ποινικής δικαιοσύνης, όσο και εκείνο των προβλημάτων συμπεριφοράς που συναντά κανείς μέσα σε ένα κατάστημα κράτησης, ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του ρόλου του. Είναι όμως αναγκαίο αυτός ο τελευταίος να υπάρχει, προκειμένου να παράσχει το έργο του, ακόμη και αν αυτό είναι δυσχερές.» (Blackburn, 2004: 312).

4. 11. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σωφρονιστικά καταστήματα

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα που καλείται να αντιμετωπίσει το Σύστημα Ποινικής Δικαιοσύνης αποτελεί το επίπεδο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που χορηγούνται από τα σωφρονιστικά ιδρύματα. Η παροχή των υπηρεσιών αυτών σε ικανοποιητικό επίπεδο είναι απαραίτητη τόσο για την πρόληψη της ψυχοπαθολογίας, αφού με τον τρόπο αυτό μπορούν να βοηθηθούν οι κρατούμενοι να αντεπεξέρθουν πιο αποτελεσματικά στις συνθήκες διαβίωσης, που επικρατούν στο χώρο του εγκλεισμού, όσο και για την επιτυχέστερη αναγνώριση, αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχικά διαταραγμένων εγκλείστων.

Ωστόσο, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα πλαίσια των σωφρονιστικών ιδρυμάτων υπολειτουργούν ή δεν είναι ανάλογες με τις ανάγκες των κρατουμένων. Η ανεπάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού, η αναποτελεσματικότητα στην ψυχιατρική εκτίμηση των εγκλείστων κι η έλλειψη επαρκών χώρων για τους ψυχικά διαταραγμένους κρατούμενους, μέσα ή έξω από το σωφρονιστικό ίδρυμα, συνιστούν τα ουσιαστικότερα προβλήματα, επιβαρύνοντας, παράλληλα, τις ήδη δυσμενείς συνθήκες της ζωής στη φυλακή (Gunn, & Swinton, 1991, Birmingham. L., Mason, D., & Grubin, D., 1996, Brooke, 1996, Blaauw, Roesch & Kerkhof., 2000).

«Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού ψυχικής υγείας παρατηρείται στο σύνολο σχεδόν των σωφρονιστικών ιδρυμάτων. Στην πλειονότητα των ιδρυμάτων, το σχετικό προσωπικό απαρτίζεται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους και ειδικευμένους ψυχιατρικούς νοσηλευτές. Ο αριθμός τους, όμως, είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, σημαντικά μικρότερος από αυτόν που απαιτείται, ανάλογα με τις ανάγκες των κρατουμένων. Σε κάποια ευρωπαϊκά κράτη, σε ένα επιστήμονα ψυχικής υγείας αντιστοιχούν διακόσιοι κρατούμενοι, σε κάποια άλλα η αναλογία μειώνεται σε εκατό εγκλειστούς για κάθε αρμόδιο υπάλληλο, ενώ σε ελάχιστες περιπτώσεις ο αντίστοιχος αριθμός των κρατουμένων είναι λιγότερος από εκατό» (Blaauw, Roesch & Kerkhof., 2000 :649).

«Το γεγονός αυτό συντελεί στη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικότερα στις περιπτώσεις, κατά τις οποίες η συχνή επαφή με κάθε κρατούμενο ξεχωριστά είναι επιβεβλημένη. Ένα στοιχείο, που καθιστά το μέγεθος του προβλήματος πληρέστερα αντιληπτό, είναι το γεγονός ότι οι διαφορετικές ειδικότητες

του προσωπικού ψυχικής υγείας, οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι κι οι νοσηλευτές, παρέχουν διαφορετικά είδη υπηρεσιών κι ακόμη, απευθύνονται σε διαφορετικές περιπτώσεις κρατουμένων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται τόσο ο φόρτος εργασίας τους, όσο κι η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν. Δεδομένης της εξαιρετικά μεγάλης ανάγκης για επαρκείς κι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που προκύπτει από τα υψηλά ποσοστά ψυχικά διαταραγμένων κρατουμένων, η αύξηση του ανάλογου προσωπικού είναι επιτακτική για την πλειοψηφία των σωφρονιστικών ιδρυμάτων» (Blaauw , Roesch& Kerkhof , 2000:418).

«Η ψυχιατρική εκτίμηση των εγκλειστών, 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 εγκλειστών 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: 19-25). Σε έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τους (Birmingham,L., Mason, D.,&Grubin, D., 1996:1521-1524), από το 26% των εγκλειστών που εκδήλωναν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές, μόλις το 9% αναγνωρίστηκε από το προσωπικό, κατά την είσοδό τους στη φυλακή.

Οι παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση της κατάστασης αυτής είναι πολλοί. Η πραγματοποίηση της ψυχιατρικής εκτίμησης, κατά την είσοδο στη φυλακή, από προσωπικό που δεν είναι εξειδικευμένο, αλλά ούτε κι εκπαιδευμένο, αφού σε κάποιες περιπτώσεις το έργο αυτό ανατίθεται και στους ίδιους τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, συνιστά μια σημαντική παράμετρο. Επιπλέον, η χρήση ακατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων, τα στενά χρονικά όρια, η έλλειψη προσωπικού, ο φόρτος εργασίας, αλλά κι η απροθυμία των ίδιων των κρατουμένων να συνεργαστούν εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαδικασία αυτή (Birmingham,L., Mason, D.,&Grubin, D., 1996).

Εν τούτοις, η σωστή ψυχιατρική εκτίμηση και διάγνωση αποτελεί τη βάση για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στο χώρο του εγκλεισμού. Μόνο μέσω της αναγνώρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν κάποιοι κρατούμενοι και της διάγνώσής τους, είναι δυνατόν να

επακολουθήσει η θεραπευτική αντιμετώπιση, η οποία μπορεί να συνεχιστεί και μετά την αποφυλάκιση. Αντίθετα, η αποτυχημένη εκτίμηση οδηγεί σε απώλεια της ευκαιρίας αυτής. Για το λόγο αυτό, είναι ουσιαστικό να αναζητηθούν τρόποι βελτίωσης αυτής της διαδικασίας. Εκτός από την αύξηση του προσωπικού ψυχικής υγείας, που καθίσταται απαραίτητη, ώστε κάθε μέλος του προσωπικού να αναλαμβάνει μικρότερο αριθμό εγκλείστων, βοηθώντας τους έτσι, πιο αποτελεσματικά, άλλες παράμετροι αφορούν την πραγματοποίηση εκπαιδευτικών σεμιναρίων για την αναγνώριση ψυχικών διαταραχών, τα οποία να απευθύνονται προς τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους, την πραγματοποίηση διεξοδικότερης ψυχιατρικής εκτίμησης, κατά την είσοδο των κρατούμενων στη φυλακή και τη χρήση κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων (Birmingham,L., Mason, D.,&Grubin, D., 1996, Blaauw , Roesch & Kerkhof., 2000).

Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα αποτελεί η επάρκεια των εγκαταστάσεων που απευθύνονται στους ψυχικά διαταραγμένους κρατούμενους. Οι εγκαταστάσεις αυτές αναφέρονται στα ψυχιατρικά τμήματα των νοσοκομείων των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, αλλά και στις δυνατότητες που παρέχονται για τη μεταφορά των εγκλείστων και τη νοσηλεία τους σε νοσοκομεία έξω από το χώρο των φυλακών. Το θέμα των χώρων για τους ψυχικά διαταραγμένους κρατούμενους είναι ουσιαστικό, καθώς σε κάποιες περιπτώσεις η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι απαραίτητη για την παροχή ολοκληρωμένης κι αποτελεσματικής θεραπείας, ενώ παράλληλα λειτουργεί και σαν μέσο πρόληψης, καθώς αποτρέπει την επιδείνωση της ψυχικής κατάστασης των κρατούμενων που ήδη αντιμετωπίζουν προβλήματα (Gunn & Swinton, 1991, Brooke & Taylor 1996, Blaauw , Roesch & Kerkhof, 2000).

Στην πλειοψηφία των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, ωστόσο, οι εγκαταστάσεις για τους ψυχικά διαταραγμένους κρατούμενους είναι δυσανάλογες με τις ανάγκες που προκύπτουν. Ο αριθμός των εγκλείστων που εκδηλώνουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι αρκετά μεγάλος σε σύγκριση με τη χωρητικότητα των ανάλογων τμημάτων των νοσοκομείων των φυλακών. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει χώρος για το σύνολο των εγκλείστων, στους οποίους εκδηλώνεται ανάγκη για νοσηλεία. Παρόμοια προβλήματα ανακύπτουν για τους κρατούμενους εκείνους που χρήζουν άμεσης περίθαλψης σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η απροθυμία των αρχών των νοσοκομείων να δεχτούν κρατούμενους για νοσηλεία, οι καθυστερήσεις που

παρατηρούνται στις μεταφορές, αλλά κι η αντίστοιχη ανεπάρκεια χώρων για τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς, που χαρακτηρίζει τα νοσοκομεία αυτά, αποτελούν παράγοντες που παρεμβάλλουν εμπόδια στις παραπομπές των κρατούμενων σε νοσοκομεία έξω από το χώρο του εγκλεισμού, ακόμη κι όταν αυτές είναι επιβεβλημένες (Gunn & Swinton, 1991, Brooke & Taylor, 1996, Blaauw, Roesch & Kerkhof, 2000).

Γίνεται, έτσι, αντιληπτό ότι η επέκταση των εγκαταστάσεων για τους ψυχικά διαταραγμένους κρατούμενους κι η πραγματοποίηση αλλαγών για την ευκολότερη μεταφορά τους σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας συνιστούν απαραίτητα μέτρα για την βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που παρέχονται στους εγκλειστούς και την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπισή τους (Brooke & Taylor, 1996).

Παράλληλα με τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι επιτακτική η διαμόρφωση προγραμμάτων για τους κρατούμενους, που αποσκοπούν στη μείωση του άγχους που προκαλεί ο εγκλεισμός και στην προαγωγή των μηχανισμών προσαρμογής στις συνθήκες του εγκλεισμού. Η κατεύθυνση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει προγράμματα υποστήριξης, καθώς και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, κατά την οποία θα δίνεται έμφαση στην υποστήριξη των κρατούμενων και σε τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς (Liebling, 1993). Τέλος, η παροχή θεραπείας είναι απαραίτητη για τους κρατούμενους που εμφανίζουν σεξουαλικές διαταραχές και διαταραχές προσωπικότητας (Gunn & Swinton, 1991).

4.12. Πρωτογενής, δευτερογενής παρέμβαση και μεταχείριση του εγκληματία

«Η πρωτογενής και δευτερογενής παρέμβαση στοχεύει στην καλύτερη αντιμετώπιση του εγκληματία . Πιο συγκεκριμένα :

- Πρωτογενή προγράμματα παρέμβασης: η γενική πρόληψη, παροχή υπηρεσιών από οργανώσεις οικογενειακής θεραπείας, απεξάρτησης από ουσίες, ψυχικής υγείας.
- Η δευτερογενής κοινωνική παρέμβαση: η μεταχείριση του εγκληματία, λ.χ. ψυχοθεραπεία, κοινωνική θεραπεία για καθ' έξυ εγκληματίες, συμβουλευτική, κοινωνική εκπαίδευση, αντι- επιθετική εκπαίδευση, κλπ.

Συμβολές από την ψυχολογία και νέες τάσεις: η παρέμβαση σε νεαρή ηλικία με στόχο την ανάπτυξη στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, επούλωσης παιδικών ψυχικών τραυμάτων, αντιμετώπισης της επιθετικότητας, βελτίωσης των κοινωνικών σχέσεων, έμφαση σε επικοινωνιακές, εκφραστικές ικανότητες, νοητικές διεργασίες, διαμόρφωση αποφάσεων, σεβασμό, υπευθυνότητα, ενσυναίσθηση, συμπάθεια για τον τρίτο» (Παλαιολόγου, 2000:157).

«Σε κάθε κοινωνία θεωρείται ως δεδομένο ότι το έγκλημα είναι ένα ανεπιθύμητο φαινόμενο και ότι το κράτος θα πρέπει να λαμβάνει ενεργά μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψή του. Αν και πολλοί επιστήμονες πιστεύουν ότι οι αιτίες του εγκλήματος βρίσκονται στις κοινωνικοοικονομικές δομές, δύσκολα μπορεί κανείς να παραβλέψει το γεγονός ότι πολλοί κρατούμενοι εκδηλώνουν προσωπικά προβλήματα ή έχουν ελλείψεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους και χρειάζονται ψυχολογική μεταχείριση, ακόμη και αν τα αίτια για αυτά τα προβλήματα αφορούν σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Και ίσως ξεπερνώντας αυτά τα προβλήματα συμπεριφοράς να επιτυγχάνει κανείς την καλύτερη μέθοδο αναμόρφωσης του ατόμου και αποτροπής της υποτροπής του» (Nuhn – Naber, 2002: 271).

«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: 248).

«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: 323).

«Η συμβολή της ψυχολογίας είναι μάλιστα εμφανής τόσο σε προγράμματα πρωτογενούς παρέμβασης στο περιβάλλον και το πρόσωπο του εν δυνάμει εγκληματία, ήτοι της πρόληψης, τόσο της γενικής όσο και της ειδικής, όσο και δευτερογενούς παρέμβασης, ήτοι στην καταστολή (Βέβαια κατά άλλους θα πρέπει να διακρίνει κανείς τα πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή προγράμματα παρέμβασης)» (Siegel, 2004: 166).

«Αναφορικά με τα πρωτογενή προγράμματα παρέμβασης για τον επιδιωκόμενο από αυτά σκοπό έχουν ιδρυθεί ιδίως στις Η.Π.Α. δεκάδες οργανώσεις που παρέχουν οικογενειακά προγράμματα θεραπειών, κλινικές αποτοξίνωσης από τοξικές ουσίες και ενώσεις για την βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα πρωτογενή προγράμματα παρέμβασης στηρίζονται στην άποψη ότι αν τα προβλήματα ενός ατόμου μπορούν να λυθούν πριν αυτά το κυριεύσουν συναισθηματικά και αυτό το τελευταίο καταφύγει στην τέλεση εγκληματικών ενεργειών, τότε κάποια μελλοντικά εγκλήματα θα αποφευχθούν» (Siegel, 2005: 120 -121).

«Τα δευτερογενή προγράμματα παρέμβασης αφορούν περισσότερο στη μεταχείριση του εγκληματία μετά την τέλεση της πράξεώς του. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική και μάλιστα μπορεί να επιβάλλονται υποχρεωτικά στον καταδικασθέντα μέσω δικαστικής εντολής. Ήδη από το 1920 έγινε συνείδηση στην Αμερική η προσφορά ψυχολογικής μεταχείρισης στον κρατούμενο, τόσο πριν, αν κάτι τέτοιο είναι εφικτό, όσο κατά τη διάρκεια και μετά την καταδίκη του. Ήδη από το 1970 άρχισαν να εφαρμόζονται στις Η.Π.Α. προδικαστικά προγράμματα με στόχο την αντιμετώπιση του εγκληματία με μη τιμωρητικούς αναμορφωτικούς μηχανισμούς, σχεδιασμένα περισσότερο να θεραπεύσουν, παρά να τιμωρήσουν τον κατάδικο. Υπάρχουν επίσης συμβουλευτικά προγράμματα εκτροπής (diversion) από την ποινή που χρησιμοποιούνται πολύ συχνά σε όσους τελούν για πρώτη φορά κάποιο έγκλημα, στους μη βίαιους εγκληματίες, στους ανήλικους κ.λπ. όσους τελούν για πρώτη φορά κάποιο έγκλημα, στους μη βίαιους εγκληματίες, στους ανήλικους κ.λπ.» (Siegel, 2005: 120 -121).

«Οι ψυχολόγοι παρέχουν μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών στο σύστημα της ποινικής δικαιοσύνης, συμπεριλαμβανομένης της αστυνομίας, της εισαγγελικής αρχής και των δικαστηρίων. Μία όμως κεντρική τους λειτουργία έγκειται στην αρωγή τους για τη

μεταχείριση του καταδικασμένου πλέον εγκληματία. Αν και το 1974 ο Μάρτινσον (Martinson) κατέληξε στο συμπέρασμα εξετάζοντας 231 έρευνες πάνω στην αναμόρφωση του εγκληματία ότι κανένα είδος μεταχείρισης δεν έχει αποτέλεσμα και έμεινε στην ιστορία για το περίφημο σλόγκαν του «τίποτε δεν αποδίδει» (nothing works), κατά τις νεότερες έρευνες πάνω στο θέμα παρατηρείται μία μερική επιτυχία των προγραμμάτων μεταχείρισης. Αυτό το παραγνώριζε ο ίδιος ο Μάρτινσον, που αναζητούσε ένα είδος θεραπείας για την αναμόρφωση των εγκληματιών. Κάτι τέτοιο συνιστά όμως μία ουτοπία, καθώς υπάρχουν τόσα είδη εγκλημάτων και εγκληματιών, όσες και οι εγκληματολογικές θεωρίες, γεγονός που παραπέμπει σε διαφορετική κάθε φορά μεταχείριση» (differential treatment) (Bartol, 1995: 400-401).

«Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες προσέφεραν στη μεταχείριση του εγκληματία τη μέθοδο της ψυχοθεραπείας (psychotherapy)» (Bartol, 1995: 401, Hjelle & Ziegler, 1992: 120). «Στην ψυχοθεραπεία ή ψυχανάλυση ο ασθενής καλείται να εκφραστεί με βάση τον ελεύθερο συνειρμό (free association), εκφράζοντας ότι του έρχεται αυθόρμητα στο μυαλό, καθώς καλείται να χαλαρώσει» (Brown, 2003 :422). «Ούτως ανοίγει κατά τον Φρόιντ η δίοδος προς όλα αυτά που πιέζουν το άτομο και το υποσυνείδητο. Συνήθως μάλιστα ο ασθενής αντιστέκεται στη διαδικασία ελεύθερης έκφρασης του ασυνειδήτου. Ο θεραπευτής προβαίνει στην ερμηνεία της αντίστασης μαζί με τον ασθενή, καθώς και στην ανάλυση των ονείρων του ως εναλλακτική δίοδο προς το υποσυνείδητο. Σταδιακά ο θεραπευόμενος αναπτύσσει μια σχέση με το θεραπευτή που αποκαλείται σχέση μεταβίβασης, και αποτελεί το μοντέλο για το πώς συσχετίζεται εν γένει το άτομο με άλλα πρόσωπα. Το μοντέλο αυτό καταδεικνύει τα προβλήματα που έχει το άτομο στις κοινωνικές του συναναστροφές. Με τη σταδιακή αποκάλυψη της μεταβίβασης το άτομο αποκτά αυτογνωσία και επανεκπαιδεύεται κοινωνικά και συναισθηματικά, ώστε να διαχειρίζεται πλέον υγιώς τις συναισθηματικές και κοινωνικές καταστάσεις και αγωνίες της καθημερινότητάς του, χωρίς να καταφεύγει στους αμυντικούς μηχανισμούς» (Bock, 2000: 340). «Ακολουθεί η αποκάλυψη αυτής της θέσης στον ασθενή (self-understanding insight) και τέλος οδηγεί στην ενδυνάμωση του κοινωνικού του αισθήματος» (Hjelle & Ziegler, 1992: 166– 167).

«Η ψυχολογική θεραπεία που προτείνει ο Άντλερ στην ατομική του ψυχολογία συνιστά μια παραλλαγή της ψυχανάλυσης και είναι ομοίως ομιλητική θεραπεία. Ξεκινά

από την κατανόηση της θέσεως του ασθενούς, ακολουθεί η αποκάλυψη αυτής της θέσης στον ασθενή (self-understanding insight) και τέλος οδηγεί στην ενδυνάμωση του κοινωνικού του αισθήματος» (Hjelle & Ziegler, 1992: 166 – 167).

«Μία εφαρμογή της θεωρίας του Συμπεριφορισμού συνιστά η θεραπεία συμπεριφοράς (behavior therapy)» (Bock, 2000: 341, Bartol, 1995: 402 – 403) «Αν λάβει κανείς υπόψη την οπτική του Μπαντούρα περί της κοινωνικής μάθησης, η εφαρμοσμένη ανάλυση συμπεριφοράς (applied behavior analysis) ή κοινωνική εκπαίδευση (soziales Training) ή κοινωνική θεραπεία (sozialtherapie). Η τελευταία έχει αναπτυχθεί ειδικά για καθ' ἑξῆς εγκληματίες που αντιμετωπίζουν πληθώρα κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων, που τους ωθούν ως φαύλος κύκλος στο έγκλημα». (Bock, 2000: 345). «Όπως πάντως και να το ονομάσει κανείς ουσιαστικά πρόκειται για το ίδιο είδος συμπεριφορικής θεραπείας με αρκετά γνωσιολογικά στοιχεία» (Blackburn, 1993: 345, Bock, 2000: 328).

«Η θεωρία συμπεριφοράς στοχεύει, μέσω της εκμάθησης ορισμένων συμπεριφορών στο άτομο, να αλλάξει τα προβληματικά στοιχεία της προσωπικότητάς του και συγκεκριμένα προβληματικές συμπεριφορές που για διάφορους λόγους και μέσω μίας διαδικασίας εσφαλμένης ενίσχυσης έχουν μακροχρόνια αναπτυχθεί. Όσο παθολογικές και αυτοκαταστροφικές μπορεί να είναι οι συμπεριφορικές συνήθειες ενός ατόμου, πρόκειται κατά τους συμπεριφοριστές για το αποτέλεσμα αναστρέψιμων περιβαλλοντικών επιρροών που τις ενίσχυσαν και τις διατήρησαν» (Nangle , D., et al ,2002: 192).

«Πριν εφαρμοστεί η θεραπεία συμπεριφοράς ή όπως αλλιώς την ονομάσει κανείς, θα πρέπει να εντοπιστούν από τον ψυχολόγο και να περιγραφούν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια το πώς, τότε και από πού προέρχονται τα προβλήματα συμπεριφοράς που χρειάζονται επίλυση, καθώς και οι περιβαλλοντικές επιρροές που τα διαμορφώνουν. Έπειτα θα πρέπει να προσδιοριστούν και να αποσαφηνιστούν οι επιδιωκόμενες αλλαγές στον τρόπο συμπεριφοράς και να εντοπιστούν οι κατάλληλοι ενισχυτές (λ.χ. η απόκτηση σεβασμού ή η πρόκληση θαυμασμού), που θα προκαλέσουν σταδιακά την αλλαγή της συμπεριφοράς» (Hjelle & Ziegler, 1992: 324).

«Η θεωρία συμπεριφοράς στοχεύει μέσω του παραδειγματισμού, της αλλαγής ρόλων και της ανατροφοδότησης να αυξήσει τη συχνότητα κοινωνικά επιθυμητών

συμπεριφορών, όπως η επιτυχία σε ακαδημαϊκό επίπεδο, οι επαγγελματικές ικανότητες ή η κοινωνική δράση, έχοντας ως δεδομένο ότι οι συμπεριφορές αυτές είναι ασύμβατες με τις αντικοινωνικές εκδηλώσεις. Οι παρεμβάσεις μάλιστα στη συμπεριφορά πέραν από την ατομική μορφή μπορούν να λαμβάνουν και ομαδική μορφή, όπως εφαρμογή της θεραπείας σε μία σχολική τάξη, στο χώρο εργασίας, σε μία κοινότητα βίου» (Bock, 2000: 335). «Μία τέτοιου είδους υποκατηγορία της θεραπείας συμπεριφοράς στην ομαδική της μορφή που προτείνει ο Συμπεριφορισμός είναι η περίφημη οικονομία ή σύστημα των κουπονιών (token economy)» (Blackburn, 1993: 346).

Με βάση την κατηγορία αυτοί οι τρόφιμοι ιδίως ψυχιατρικών κλινικών ή σωφρονιστικών καταστημάτων και λοιπών ιδρυμάτων μεταχείρισης επιβραβεύονται με κουπόνια (tokens) που δε συνιστούν τίποτε άλλο από είδη συμβολικής δευτερογενούς ενίσχυσης, προκειμένου να επιτύχουν κάποιους στόχους συμπεριφοράς (λ.χ. καθαρισμός δωματίου, ανάπτυξη κοινωνικότητας, αυτοσυντήρηση). Παρέχονται μάλιστα και αρνητικά κουπόνια ή αφαιρούνται βαθμοί σε περιπτώσεις αρνητικής συμπεριφοράς λ.χ. ανάθεση αγγαρειών. Τα αποτελέσματα αυτού του είδους θεραπειών που πρώτος καθιέρωσε ο Σκίνερ φαίνεται να οδηγούν πράγματι στην ανάπτυξη υγιούς συμπεριφοράς εκ μέρους των συμμετεχόντων. Αμφισβητείται όμως στα περισσότερα τέτοιου είδους προγράμματα η δυνατότητα γενίκευσης και η μονιμότητα αυτών των θετικών συμπεριφορικών αλλαγών.

«Η τροποποίηση πάντως της κοινωνικής συμπεριφοράς, όπως την περιγράφει μέσω της θεωρίας του ο Μπαντούρα αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη θεραπεία, καθώς οι νέες ικανότητες που αποκτά το άτομο έχουν περισσότερες πιθανότητες γενίκευσης, όταν το περιβάλλον διαβίωσης και εκπαίδευσης είναι παρόμοιο, ήτοι όταν λαμβάνονται υπόψη και οι κοινωνικές και περιβαλλοντικές παράμετροι. Ο Οσταπιούκ (1982) παρουσιάζει ως ένα τέτοιο μοντέλο ένα είδος πανδοχείου ή κοινοβίου που οργανώθηκε στο Μπέρνινχαμ και το οποίο στόχευε στο να καλλιεργεί σε πρώην κρατούμενους ικανότητες διαβίωσης στην κοινότητα μετά την αποφυλάκισή τους» (Bock, 2000: 337, Blackburn, 1993: 348).

«Στο ίδιο μήκος κύματος κινείται και η οικογενειακή θεραπεία. Αυτή βασίζεται σε επιστημονικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι οι γονείς και τα αδέρφια των παραβατικών ατόμων ενισχύουν και διαμορφώνουν την παραβατική συμπεριφορά και

ότι συχνά η οικογενειακή αλληλόδραση είναι ούτως ή άλλως προβληματική» (Blackburn, 1993: 349).

Η ανακατασκευή των οικογενειακών σχέσεων δύναται να εξυπηρετεί τότε τόσο κατασταλτικούς και μεταχειριστικούς, όσο και προληπτικούς σκοπούς. Το βασικό στην οικογενειακή θεραπεία είναι η εκμάθηση τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, όπως η καλλιέργεια διαπραγματευτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση οικογενειακών κρίσεων.

«Και η γνωσιολογική κατεύθυνση στην ψυχολογία προτείνει παράλληλα και σε συνεργασία με τα αξιώματα του Συμπεριφορισμού τεχνικές εκμάθησης κοινωνικών ικανοτήτων» (Blackburn, 1993: 354, Bartol: 404 – 405).

«Ο Κόλμπεργκ εισήγαγε μια γνωσιολογική θεραπεία κατά την οποία τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτή υποβάλλονται σε διλημματικές καταστάσεις ως προς τη λήψη ηθικών αποφάσεων (λ.χ. διάρρηξη ενός φαρμακείου προκειμένου να ληφθεί ένα σωστικό φάρμακο) μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Ανάλογα με τις απαντήσεις τους ο Κόλμπεργκ τους κατέτασσε στο αντίστοιχο επίπεδο της κλίμακας ηθικής αναπτύξεως και σχεδίαζε τεχνικές για την ανύψωση του επιπέδου της ηθικής τους κρίσης. Ο Κόλμπεργκ επιπρόσθετα προσπάθησε να προωθήσει ιδίως στα σωφρονιστικά ιδρύματα προγράμματα μεταχείρισεως κρατουμένων που, σε αντίθεση με τα ψυχοθεραπευτικά προγράμματα των ψυχαναλυτών και τη θεραπεία συμπεριφοράς των συμπεριφοριστών, επικεντρώνονται στην προσπάθεια να αναπτύξουν στους κρατουμένους την ικανότητα λήψης ηθικών αποφάσεων, ώστε να καταπολεμηθεί το τεράστιο πρόβλημα της υποτροπής. Πρόκειται για τα περίφημο πρόγραμμα «δίκαιη κοινότητα» (Just – community Programme) που έτυχε ευρείας αποδοχής στις Η.Π.Α.» (Blackburn, 1993: 362.).

Αυτό συνίσταται ουσιαστικά στη δημιουργία ομάδων συζητήσεων κρατουμένων που στοχεύουν στη θέση υποθετικών ηθικών διλημμάτων, προκειμένου να ανορθωθεί συλλογικά το επίπεδο ηθικής κρίσης των ατόμων αυτών. Από έρευνες μάλιστα έχει καταδειχθεί ότι το ποσοστό επιτυχίας στην καταπολέμηση της υποτροπής ανέρχεται σε 15%. Παράλληλα αναπτύχθηκαν και άλλα προγράμματα πάνω στη φιλοσοφία του Κόλμπεργκ, όπως το MRT (Moral Reconation Therapy) (Armstrong, 2003).

«Στο ίδιο γνωσιολογικό μοτίβο εντάσσεται και το μοντέλο της αυτοδιδασκαλίας (self-instructional training, SIT). Αυτό αποτελεί μία διαδικασία προσωπικής συζήτησης

που στοχεύει στον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς. Οι προφορικές οδηγίες που καθοδηγούν τη συμπεριφορά υποστασιοποιούνται από τον θεραπευτή και επαναλαμβάνονται έπειτα από τον θεραπευόμενο, αρχικά ανοικτά και έπειτα συγκαλυμμένα, καθώς αποτελούν τμήμα πλέον της σκέψης του» (Blackburn, 1993: 359).

«Η λογική-συναισθηματική θεραπεία (rational-emotive therapy) και η γνωσιολογική θεραπεία του Μπεκ (Beck's cognitive therapy) αποτελούν δύο επίσης πολλά υποσχόμενες μεθόδους γνωσιολογικής ανακατασκευής» (Blackburn, 1993: 359).

Οι μέθοδοι στηρίζονται στον εντοπισμό των παράλογων και δυσλειτουργικών σκέψεων, οι οποίες προκαλούν παράλογες απαιτήσεις και αυτές με τη σειρά τους αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Η γνωσιολογική ανακατασκευή λαμβάνει χώρα αφού εντοπιστούν οι εν λόγω απαιτήσεις μέσω ερωτήσεων, προκλήσεων και συζητήσεων. Με το να αμφισβητηθούν και με το να διαχωριστούν οι ανάγκες από τις επιθυμίες και να επαναπροσδιοριστούν οι γνωσιολογικές υπεργενικεύσεις μέσω της ευθείας αντιμετώπισης ή των ψυχολογικών ασκήσεων στα οποία υποβάλλει ο θεραπευτής το θεραπευόμενο, σταδιακά αλλάζει η γνωσιολογική δομή του τρόπου σκέψης του ατόμου αυτού.

«Στον ίδιο κύκλο εντάσσονται και γνωσιολογικές θεραπείες συμπεριφοράς, όπως η εκπαίδευση πάνω στην επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων (interpersonal problem-solving training), η εκπαίδευση αντικατάστασης της επιθετικότητας (aggression replacement training, ART) ή η αντιεπιθετική εκπαίδευση (Anti-Aggressivitäts-Training, AAT) που επικεντρώνονται στη θεραπεία του αρνητικού συναισθήματος που διακρίνει τα επιθετικά άτομα» (Blackburn, 1993: 359).

Κεφάλαιο 5^ο

Μεθοδολογία Έρευνας

5. Πληθυσμός μελέτης και μέθοδοι.

5.1. Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης- Πληθυσμός αναφοράς

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο σωφρονιστικό κατάστημα της Νέας Αλικαρνασσού, στο Ηράκλειο της Κρήτης, κατά το χρονικό διάστημα του πρώτου εξαμήνου του 2008. Σύμφωνα με στοιχεία που μας έδωσε η κοινωνική λειτουργός του ιδρύματος, ο συνολικός αριθμός των κρατούμενων κατά την διάρκεια της έρευνας μας ήταν, 400 άτομα.

5.2. Επιλογή δείγματος της μελέτης

Σκοπός της ερευνάς μας είναι να μελετήσουμε το πώς επηρεάζει ένα σωφρονιστικό ίδρυμα την ψυχική υγεία των εγκλειστων.

Αρχικώς ήρθαμε σε επαφή με το εν λόγω σωφρονιστικό κατάστημα και συγκεκριμένα τη διεύθυνση και την κοινωνική υπηρεσία από όπου πήραμε κατευθύνσεις σχετικά με τη διαδικασία που θα έπρεπε να ακολουθήσουμε έτσι ώστε να αποκτήσουμε πρόσβαση στους εγκλείστους. Για το σκοπό αυτό υποβάλλαμε υποβάλαμε σχετική αίτηση στο υπουργείο Δικαιοσύνης.

Μετά από την θετική έκβαση του αιτήματός μας, προσεγγίσαμε εκ νέου το διευθυντή των φυλακών και την κοινωνική λειτουργό ώστε να δούμε πως θα γίνει η επιλογή του δείγματος αλλά, κυριότερα, πως θα έρθουμε σε επαφή με αυτό και θα μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια.

Προκειμένου να επιλεγούν οι 150 ερωτώμενοι επιλέξαμε μόνο δυο κριτήρια όπως φαίνεται παρακάτω. Πιο συγκεκριμένα:

- Το δείγμα μας να είναι Έλληνες ούτως ώστε να μπορούν να κατανοούν τις ερωτήσεις.
- Να είναι εγκλειστοί στο συγκεκριμένο σωφρονιστικό κατάστημα.

Έτσι επιλέχθηκαν 150 κρατούμενοι από ένα σύνολο 400 ατόμων και δώσαμε αντίστοιχο αριθμό ερωτηματολογίων (15 Μαΐου 2008) στην κοινωνική υπηρεσία που θα αναλάμβανε να τα προωθούσε στους εγκλείστους. Επειδή, στην πορεία παρατηρήσαμε

απροθυμία συμπλήρωσης των εργαλείων αυτών από τον πληθυσμό, επισκεφθήκαμε άλλες δυο φορές (20 Ιουνίου και 11 Ιουλίου 2008) την κοινωνική υπηρεσία και αφήσαμε από 100 ακόμη ερωτηματολόγια κάθε φορά.

5.3. Εργαλείο έρευνας

Για την διεξαγωγή της μελέτης μας, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε από την ερευνητική ομάδα. Αποτελείται από 81 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τα κοινωνικόδημογραφικά στοιχεία των ατόμων, τον τρόπο ζωής τους μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα, αλλά και την κατάσταση της υγείας τους (σωματική και ψυχική).

Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οκτώ μέρη: (α) ατομικά στοιχεία, (β) μορφωτικό επίπεδο, (γ) εργασία πριν τον εγκλεισμό, (δ) σχέσεις με την δικαιοσύνη, (ε) συνθήκες κράτησης, (ζ) σχέσεις με το οικείο περιβάλλον, (η) κατάσταση υγείας, και (θ) κατάσταση ψυχικής υγείας .

5.4. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια τα οποία αποτελούνταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου και ανοικτού τύπου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στους κρατούμενους σε τρεις φάσεις και έφθασαν τον αριθμό των τριακοσίων πενήντα (350). Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν από την κοινωνική λειτουργό και παραλήφθηκαν από αυτήν καθώς δεν είχαμε τη δυνατότητα προσωπικής παρουσίας κατά τη συμπλήρωσή τους. Επίσης δεν υπήρχε δυνατότητα να συμπληρωθούν παρουσία μας.

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ανά τρεις φάσεις. Αρχικά πήραμε 150 ερωτηματολόγια, από τα οποία συμπληρώθηκαν μόνο 22, και στην συνέχεια αφού βλέπαμε πώς δεν είχαμε καθόλου ανταπόκριση πήραμε ακόμα δύο φορές από 100 ερωτηματολόγια από τα οποία πήραμε πίσω μόνο 18. Και οι τρεις, επειδή δουλέψαμε αρκετά ούτως ώστε και να έχουμε ένα καλό αποτέλεσμα τόσο από το θεωρητικό όσο και από το ερευνητικό μας κομμάτι, νιώθουμε ότι προσπαθήσαμε αρκετά στην συλλογή περισσότερων ερωτηματολογίων, πράγμα που αποδείχτηκε πολύ δύσκολο αφού παρά τον μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων που μοιράσαμε (350), έχουμε ένα πολύ μικρό ποσοστό

συμπληρωμένα. Μετά από συζήτηση με την κοινωνική υπηρεσία δεν κρίθηκε σκόπιμο να επιχειρηθεί τέταρτη διανομή ερωτηματολογίων ιδιαίτερα καθώς από τα 200 που είχαμε διανεμίει τις δυο τελευταίες φορές πήραμε πίσω μόλις 18.

5.5. Ανάλυση δεδομένων ερευνητικής εργασίας

Τα ερευνητικά ερωτήματα που θέσαμε στην αρχή της εργασίας μας ήταν δύο.

- ✚ Εάν η διάρκεια εγκλεισμού επηρεάζει την εμφάνιση ψυχικής νόσου ανάλογα με το χρονικό διάστημα.
- ✚ Οι κρατούμενοι, έπασχαν και πριν τον εγκλεισμό τους από κάποιες νόσους ή αυτές εκδηλώθηκαν μετά τον εγκλεισμό τους; Αν όχι, που οφείλεται αυτό; Επηρεάζεται η ψυχική υγεία των κρατουμένων από τον εγκλεισμό τους στην φυλακή;

Το κεφάλαιο που ακολουθεί αναφέρεται στην στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων μας η οποία έγινε με το πρόγραμμα SPSS 14.

Κεφάλαιο 6^ο

Ανάλυση

6.1. Εισαγωγή

Παρόλο που το θέμα της πτυχιακής μας επικεντρώνεται περισσότερο στην ψυχική υγεία των έγκλειστων, πολύ σημαντικά θεωρούμε όλα τα στοιχεία που προκύπτουν από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μας. Με τα στοιχεία αυτά μας δίνεται η ευκαιρία να κατανοήσουμε καλύτερα την ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων αυτών και τον τρόπο σκέψης τους. Παρακάτω ακολουθούν πίνακες οι οποίοι δείχνουν πώς απάντησε το δείγμα σε κάθε μια από τις ερωτήσεις μας.

6.2. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου μας αναφέρεται στα ατομικά στοιχεία και αποτελείται από 9 ερωτήσεις .

Πίνακας 1

Έτος γέννησης

	Αριθμός	Ποσοστό
1947 – 1960	8	20
1961 – 1970	14	35
1971 – 1980	12	30
Κενές απαντήσεις	6	15
Σύνολο	40	100

Στον πιο πάνω πίνακα παρουσιάζονται οι ηλικίες του δείγματος μας, ενώ στον πίνακα 2 αναφέρεται η μεγαλύτερη ηλικία, η μικρότερη, η μέση τιμή και οι κενές απαντήσεις.

Πίνακας 2

Μεγαλύτερη ηλικία	Μέση τιμή	Μικρότερη ηλικία	Κενές απαντήσεις
1947	1966	1980	6

Βλέπουμε λοιπόν, ότι από το δείγμα μας, το άτομο που είναι σε μεγαλύτερη ηλικία γεννήθηκε το 1947, ενώ σε μικρότερη το 1980. Το 1966 είναι η μέση τιμή για το έτος γέννησης και 6 άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 3.

Που γεννηθήκατε?

Τόπος γέννησης	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Χωριό	8	20
Κωμόπολη	3	7,5
Πόλη	15	37,5
Μεγαλούπολη	6	15
Αλλοδαπή	8	20
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση σχετικά με το που γεννήθηκαν, 8 άτομα (20%) απάντησαν σε χωριό, 3 (7,5%) σε κωμόπολη, 15 (37,5%) σε πόλη, 6 (15 %) άτομα σε μεγαλούπολη ενώ 8 (20%) στην αλλοδαπή. Στην ερώτηση αυτή βλέπουμε πώς 8 άτομα γεννήθηκαν στο εξωτερικό παρά το γεγονός ότι θέλαμε το δείγμα μας να αποτελείται από Έλληνες κρατούμενους. Υποθέτουμε ότι τα άτομα αυτά ίσως έχουν μεγαλώσει στην Ελλάδα ή τουλάχιστον μιλούν πολύ καλά την Ελληνική γλώσσα (αφού μπόρεσαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις μας). Στην συνέχεια ακολουθεί η ερώτηση που αναφέρεται με το που μεγάλωσαν.

Πίνακας 4.

Που και με ποιους μεγάλωσατε ;

Πού μεγάλωσατε;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
<u>Τόπος γέννησης</u>		
Χωριό	11	27,5
Κωμόπολη	4	10

Πόλη	11	27,5
Μεγαλούπολη	6	15
Αλλοδαπή	8	20
Σύνολο	40	100
<u>Με ποιους μεγαλώσατε:</u>		
Φυσικοί γονείς	29	72,5
Μόνο με μητέρα	5	12,5
Μόνο με πατέρα	1	2,5
Παππού ή/και γιαγιά	3	7,5
Ίδρυμα ανηλίκων	1	2,5
Άλλο ίδρυμα	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζονται δύο ερωτήσεις, που μεγαλώσατε και με ποιους μεγαλώσατε. Όσον αφορά την πρώτη ερώτηση το 27,5%, δηλαδή 11 άτομα, απάντησαν πώς μεγάλωσαν σε χωριό, 10% (4 άτομα) σε κωμόπολη, 27,5% (11 άτομα) σε πόλη, 15% (6 άτομα) σε μεγαλούπολη ενώ 20% (8 άτομα) σε αλλοδαπή. Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρούμε ότι τα περισσότερα άτομα του δείγματος μας γεννήθηκαν και μεγάλωσαν σε πόλη, ενώ το μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων γεννήθηκε και μεγάλωσε σε κωμόπολη. Αναφορικά με την ερώτηση με ποιους μεγαλώσατε 29 άτομα απάντησαν ότι μεγάλωσαν με τους φυσικούς γονείς (72,5%), 1 άτομο μόνο με πατέρα (2,5%), 5 άτομα με μητέρα (12,5%), με παππού ή και γιαγιά 3 άτομα (7,5%), 1 άτομο σε ίδρυμα ανηλίκων (2,5%) και σε άλλο ίδρυμα 1 άτομο (2,5%). Από την ερώτηση αυτή βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων μεγάλωσε με τους φυσικούς του γονείς.

Πίνακας 5

Οικογενειακή κατάσταση

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Έγγαμος	18	45
Άγαμος	19	47,5
Διαζύγιο	3	7,5
Σύνολο	40	100

Σύμφωνα με τις απαντήσεις τους 18 άτομα (45%) είναι έγγαμα, 19 άτομα (47,5%) άγαμα και 3 άτομα (7,5%) είναι διαζευγμένοι.

Πίνακας 6

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
<u>Έχετε παιδιά;</u>		
Ναι	24	60
Όχι	16	40
Σύνολο	40	100
<u>Πόσα παιδιά έχετε;</u>		
1	6	25
2	9	37,5
3	3	12,5
4	4	16,6
5	2	8,4
Σύνολο	24	100

Επίσης προέκυψε ότι 16 άτομα, δηλαδή το 40%, δεν έχει παιδιά ενώ 24 άτομα 60% έχει αποκτήσει παιδιά. Από τον πιο πάνω πίνακα βλέπουμε πόσα παιδιά έχουν αυτοί που αποκτήσαν παιδιά. Το 25% (n= 6) αποκτήσαν ένα παιδί, 37,5% (9 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά, το 12,5% - 3 άτομα - έχουν τρία παιδιά, το 16,6% , 4 άτομα, έχουν 4 παιδιά και 2%, δηλαδή δύο άτομα, έχουν 5 παιδιά.

Πίνακας 7

Πόσο συχνά συναντιέστε με την οικογένεια σας.

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Τρεις φορές την εβδομάδα	3	7,5
Δύο- μία φορές την εβδομάδα	6	15
Μια φορά τον μήνα	15	37,5
Ποτέ	15	37,5
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Η τελευταία ερώτηση που αφορά στα ατομικά στοιχεία αναφέρεται στο πόσο συχνά συναντιέται το άτομο με την οικογένεια του. Δεκαπέντε άτομα (37,5%) απάντησαν «ποτέ», 15 (37,5 %) «Μια φορά τον μήνα», 6 (15%) «Μια - δυο φορές την εβδομάδα», ενώ 3 (7,5%) «Τρεις φορές την εβδομάδα».

6.3. Μορφωτικό επίπεδο.

Στη συνέχεια, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων παρατηρούμε ότι 5 άτομα (12,5%) δήλωσαν αναλφάβητοι, 12 άτομα (30%) ότι φοίτησαν μέχρι το δημοτικό, 9 (22,5%) το Γυμνάσιο, 10 άτομα (25%) το Λύκειο και 4 άτομα (10%) ανώτερες σπουδές. Φαίνεται λοιπόν ότι το 30% του δείγματος μας φοίτησαν μόνο μέχρι το Δημοτικό και 12,5 % είναι αναλφάβητοι.

6.4. Εργασία πριν τον εγκλεισμό.

Προχωρώντας στην εργασιακή τους εμπειρία πριν από τον εγκλεισμό τους στη φυλακή, βλέπουμε – κατ’ αρχή – ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας δηλαδή το 90% (36 άτομα) έχουν δουλέψει ενώ το 10% (n= 4) δεν εργάστηκαν ποτέ. Όταν ρωτήθηκαν εάν αλλάζουν συχνά αντικείμενο εργασίας 22 άτομα (61%) απάντησαν όχι, ενώ 14 άτομα (39%) έδωσαν θετική απάντηση.

Πίνακας 8

Για ποιόν λόγο αλλάζατε συχνά αντικείμενο δουλειάς;

	Αριθμός	Ποσοστό
--	----------------	----------------

Κακές σχέσεις με τον εργοδότη	4	28,5
Μικρή αμοιβή	5	35,7
Έλλειψη ενδιαφέροντος	4	28,5
Κενές απαντήσεις	1	7,3
Σύνολο	14	100

Την ερώτηση αυτή, απάντησαν 13 από τα 14 άτομα που είπαν πώς άλλαζαν συχνά αντικείμενο δουλειάς. Από αυτούς 4 άτομα (28,5%) είπαν πώς αυτό οφειλόταν σε κακές σχέσεις με τον εργοδότη, 5 άτομα (35,7%) εξαιτίας της μικρής αμοιβής, και 4 άτομα (28,5%) είπαν πώς είχαν έλλειψη ενδιαφέροντος για το επάγγελμα που ασκούσαν.

Πίνακας 9

Επάγγελμα πριν τον τελευταίο εγκλεισμό

	Αριθμός	Ποσοστό
Άνεργος	2	5
Εισοδηματίας	1	2,5
Ελεύθερος επαγγελματίας	21	52,5
Άλλο	12	30
Κενές απαντήσεις	4	10
Σύνολο	40	100

Τέλος σχετικά με το επάγγελμα που είχαν τα άτομα πριν τον εγκλεισμό τους, το 7,5% (3 άτομα) απάντησαν πως ήταν άνεργοι, το 5% (2 άτομα) πώς ήταν εισοδηματίες, 55% (22 άτομα) ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 30% επέλεξαν «άλλο» χωρίς να προσδιορίζουν τι επάγγελμα είχαν.

6.5. Σχέσεις με την δικαιοσύνη

Στην συνέχεια ακολουθεί ο τομέας που αναφέρεται στις σχέσεις με την δικαιοσύνη. Ο τομέας αυτός αποτελείται από 6 ερωτήσεις, οι οποίες προσδιορίζουν το παρελθόν των ερωτώμενων με την δικαιοσύνη και στον λόγο που βρίσκονται στο σωφρονιστικό κατάστημα καθώς και τα έτη που είναι στην φυλακή.

Πίνακας 10

Σας έχει επιβληθεί κάποιο άλλο μέτρο στο παρελθόν

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	16	40
Όχι	23	57,5
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το αν τους έχει επιβληθεί κάποιο άλλο μέτρο στο παρελθόν, 16 άτομα απάντησαν ναι (40%) ενώ 23 όχι (57,5). Βλέπουμε λοιπόν ότι στην πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν δηλώνει πώς στο παρελθόν δεν της είχε επιβληθεί άλλο μέτρο που να αφορά την δικαιοσύνη. Από την άλλη πλευρά, μια σημαντική μειοψηφία ερωτώμενων φαίνεται ότι από πιο παλιά απασχολεί τη δικαιοσύνη. Από τα 16 άτομα που απάντησαν πώς τους έχει επιβληθεί κάποιο άλλο μέτρο στο παρελθόν (40%), τα 5 (12,5% του δείγματος μας) δήλωσαν ότι είχαν απασχολήσει το σύστημα δικαιοσύνης 1 φορά, 3 άτομα (7,5%) ότι δυο φορές είχαν εμπλοκή με το σύστημα απονομή δικαιοσύνης, 6 άτομα (15%) 3 φορές και 2 άτομα (5%) 6 φορές.

Πίνακας 11

Πόσο χρόνων ήσασταν όταν σας επιβλήθηκε για πρώτη φορά κάποιο μέτρο:

	Αριθμός	Ποσοστό
10 – 18	9	22,5
19 – 24	7	17,5
25 – 30	12	30
31 – 36	4	10
37- 42	4	10
42 – 47	1	2,5
48 – 53	1	2,5
5	1	2,5

Κενές απαντήσεις	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στον πιο πάνω πίνακα βλέπουμε την ηλικία των ερωτώμενων όταν τους επιβλήθηκε για πρώτη φορά κάποιο μέτρο. Παρακάτω ακολουθεί πίνακας στον οποίο παρουσιάζεται η μικρότερη ηλικία, η μεγαλύτερη, η μέση τιμή και οι αναπάντητες ερωτήσεις.

Πίνακας 12

Μεγαλύτερη ηλικία.	Μέση τιμή	Μικρότερη ηλικία	Κενές απαντήσεις.
53	27,25	10	1

Βλέπουμε ότι η μικρότερη ηλικία στην οποία είχε επιβληθεί κάποιο δικαστικό μέτρο σε ένα άτομο από το δείγμα μας ήταν 10 ετών ενώ η μεγαλύτερη ήταν 53 ετών. Η μέση τιμή των ηλικιών είναι 27,25. Στο σημείο αυτό θεωρήσαμε σωστό να αναφερθούμε και σε προηγούμενη ερώτηση που αφορούσε την πρώτη φορά που επιβλήθηκε κάποιο ποινικό μέτρο στο δείγμα μας.

Πίνακας 13

Ηλικία που μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα

	Αριθμός	Ποσοστό
16 – 20	9	22,5
21 – 26	10	25
27 – 32	12	30
33 – 38	1	2,5
39 – 44	5	12,5
45 – 50	1	2,5
51 – 55	2	5
Σύνολο	40	100

Στον πιο πάνω πίνακα παρουσιάζονται οι ηλικίες που είχαν τα άτομα όταν μπήκαν για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα και πιο κάτω η μεγαλύτερη (53 ετών), η μικρότερη (16) και η μέση τιμή (27,92).

Πίνακας 14

Μεγαλύτερη ηλικία.	Μέση τιμή	Μικρότερη ηλικία	Κενές απαντήσεις.
53	27,92	16	0

Πίνακας 15

Για ποιο λόγο βρίσκεστε στο σωφρονιστικό κατάστημα

	Αριθμός	Ποσοστό
Ανθρωποκτονία	10	25
Οικονομικό έγκλημα	1	2,5
Ναρκωτικά	19	47,5
Οπλοκατοχή Οπλοχρησία	1	2,5
Άλλο	9	22,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αυτή δόθηκαν 5 επιλογές (ανθρωποκτονία, οικονομικό έγκλημα, ναρκωτικά, οπλοκατοχή - οπλοχρησία και άλλο). Το 25% του δείγματος (10 άτομα) απάντησαν ανθρωποκτονία, 2,5% (1 άτομο) οικονομικό έγκλημα, 47,5% (19 άτομα) ναρκωτικά, 2,5% (1 άτομο) οπλοκατοχή- οπλοχρησία και 22,5% (9 άτομα) άλλο. Βλέπουμε πως σχεδόν το 50% του δείγματός μας είναι στο σωφρονιστικό κατάστημα εξαιτίας παραβίασης της νομοθεσίας περί ναρκωτικών.

Πίνακας 16

Έτη που βρίσκεστε στην φυλακή

	Αριθμός	Ποσοστό
0 – 3	13	32,5
3 – 6	14	35
6 – 9	8	20
9 – 12	2	5
12- 15	-	-
15 – 18	3	7,5
Σύνολο	40	100

Ο πιο πάνω πίνακας αναφέρεται στα έτη που βρίσκεται το άτομο στην φυλακή. Από το σύνολο των απαντημένων ερωτηματολογίων βλέπουμε ότι 13 άτομα (32,5%) απάντησαν πώς βρίσκονται στην φυλακή από 0 – 3 έτη, 14 (35%) από 3 – 6 χρόνια, 8 (20%) από 6 - 9, 2 άτομα (5%) από 9 – 12 και 3 άτομα (7,5%) από 15 – 18.

Πίνακας 17:

Μεγαλύτερη τιμή.	Μέση τιμή	Μικρότερη τιμή	Κενές απαντήσεις.
18	5,75	1	0

Όπως βλέπουμε, η μικρότερη τιμή είναι ένας χρόνος ενώ η μεγαλύτερη 18 χρόνια. Η μέση τιμή είναι 5,75.

5.6. Συνθήκες κράτησης.

Το επόμενο μέρος του ερωτηματολογίου μας αναφέρεται στις συνθήκες κράτησης και αποτελείται από 13 ερωτήσεις που αναφέρονται στο θέμα αυτό.

Πίνακας 18

Εργάζεστε ή απασχολείστε με κάποιο τρόπο στο σωφρονιστικό κατάστημα;

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	27	67,5
Όχι	13	37,5
Σύνολο	40	100

Παρατηρούμε ότι 27 άτομα (67,5%) απάντησαν εργάζονται μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα και 13 άτομα (32,5%) ότι δεν εργάζονται στο χώρο αυτό.

Ακολουθούν δύο ερωτήσεις, η μια αναφέρεται σε αυτούς που δεν εργάζονται και η άλλη στα άτομα που εργάζονται με κάποιον τρόπο στο σωφρονιστικό κατάστημα. Όπως βλέπουμε από την ερώτηση: Εργάζεστε ή απασχολείστε με κάποιο τρόπο στο σωφρονιστικό κατάστημα;, 13 άτομα απάντησαν όχι. Από αυτούς, 10 (76,9%) δήλωσαν πώς θέλουν να εργαστούν, ενώ 3 άτομα (23,1%) πώς δεν θέλουν.

Πίνακας 19

Εάν ναι κυρίως τι δουλειά κάνεις

	<u>Αριθμός</u>	<u>Ποσοστό</u>
Μάγειρας	2	7,4
Καθαριστής	10	37,09
Εργασίες τεχνικού χαρακτήρα	11	40,7
Άλλο	2	7,4
Κενές απαντήσεις	2	7,4
Σύνολο	27	100

Από τα άτομα που εργάζονται 2 (7,4%) δήλωσαν πώς δουλεύουν σαν μάγειρες, 10 (37,09%) σαν καθαριστές, 11 (40,7%) κάνουν εργασίες τεχνικού χαρακτήρα, ενώ 2 άτομα (7,4%) σημείωσαν την επιλογή «άλλο». 2 άτομα από τους 27 που είπαν πως εργάζονται δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 20

Γιατί εργάζεστε ή θα θέλατε να εργάζεστε

	Αριθμός	Ποσοστό
Για γρήγορη απόλυση	2	5
Για να νιώθω ότι με εκτιμούν οι άλλοι	8	20

Για να μάθω κάποια δουλειά	7	17,5
Για να περνά ο χρόνος πιο ευχάριστα	22	55
Κενές απαντήσεις	1	2,5
Σύνολο	40	100

Από τις απαντήσεις που πήραμε βλέπουμε ότι 2 άτομα (5%) δήλωσαν ότι εργάζονται – ή ήθελαν να εργάζονται – ώστε να επιτύχουν μια ταχύτερη απόλυση από τη φυλακή, 8 άτομα (20%) για να αισθάνονται ότι τυχαίνουν εκτίμησης από τους άλλους, 7 άτομα (17,5%) με σκοπό να εκπαιδευτούν σε κάποια καινούρια δουλειά και 22 άτομα (55%) για να περνά ο χρόνος ευχάριστα.

Όταν ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν και κάποιο δεύτερο λόγο για τον οποίο θα επιθυμούσαν να εργαστούν στο χώρο των φυλακών, αυτοί απάντησαν ως εξής:

Πίνακας 21

Γιατί εργάζεστε ή θα θέλατε να εργάζεστε (2ος λόγος)

	Αριθμός	Ποσοστό
Για γρήγορη απόλυση	21	52,5
Για να νιώθω ότι με εκτιμούν οι άλλοι	8	20
Για να μάθω κάποια δουλειά	2	5
Για να περνά ο χρόνος πιο ευχάριστα	4	10
Κενές απαντήσεις	3	7,5
Σύνολο	40	100

Ως δεύτερο λόγο 21 άτομα (52,5%) επέλεξαν την πιο γρήγορη απόλυση, 8 άτομα (20%) «για να νιώθω ότι με εκτιμούν οι άλλοι», 2 άτομα (5%) για την εκμάθηση εργασιακών δεξιοτήτων ενώ 4 άτομα (10%) για να περνά ο χρόνος τους ευχάριστα. Βλέπουμε πώς, όταν τους δόθηκε η ευκαιρία να επιλέξουν δεύτερο λόγο, ένα μεγάλο ποσοστό έπλεξε την γρήγορη απόλυση.

Βλέπουμε πώς η πρώτη επιλογή των περισσότερων ατόμων (22 άτομα) από το δείγμα μας ήταν το ότι εργάζονται ή θα ήθελαν να εργάζονται για «να περνά πιο ευχάριστα ο χρόνος τους» και μόνο 2 άτομα επέλεξαν την «γρήγορη απόλυση». Όταν τους ζητήθηκε να επιλέξουν

και δεύτερο λόγο που εργάζονται το μεγαλύτερο ποσοστό (21 άτομα) επέλεξαν την γρήγορη απόλυση και μόνο 4 άτομα δήλωσαν «για να περνά ο χρόνος τους ευχάριστα». Την επιλογή «για να νιώθω ότι με εκτιμούν οι άλλοι» και στις δύο φορές επέλεξαν 8 άτομα ενώ το «για να μάθω κάποια δουλεία» την πρώτη φορά 7 άτομα ενώ την δεύτερη 2.

Πίνακας 22

Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας συνήθως

	Αριθμός	Ποσοστό
Αθλητισμό	2	5,0
Τηλεόραση, ραδιόφωνο	10	25,0
Επιτραπέζια παιχνίδια, χαρτιά	2	5,0
Βόλτες στο προαύλιο και συζήτηση με άλλους κρατούμενους	10	25,0
Διάβασμα, γράψιμο	4	10,0
Καλλιτεχνικές δραστηριότητες	2	5,0
Τίποτα	10	25,0
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το πως περνάνε τον ελεύθερο χρόνο τους συνήθως είχαμε τις εξής απαντήσεις: το 5% (2 άτομα) επέλεξαν τον αθλητισμό, 25% (10 άτομα) την τηλεόραση και το ραδιόφωνο, 5% (2 άτομα) τα επιτραπέζια παιχνίδια και χαρτιά, 25% (10 άτομα) βόλτες στο προαύλιο και συζήτηση με άλλους κρατούμενους, 10% (4 άτομα) διάβασμα και γράψιμο, 5% (2 άτομα) καλλιτεχνικές δραστηριότητες και 25% - 10 άτομα - δεν κάνουν τίποτα στον ελεύθερο τους χρόνο.

Πίνακας 23

Συμμετέχετε σε κάποια ομάδα μέσα στη φυλακή

	Αριθμός	Ποσοστό
Αθλητισμού	20	62,5
Εργαστήρια ξυλογλυπτικής	8	25

Κεραμικής	1	3,12
Άλλο	3	9,37
Σύνολο	32	100

Στην παραπάνω ερώτηση απάντησαν θετικά 32 άτομα από τα 40 που είναι το δείγμα μας. Από αυτά 20 άτομα (62,5%) συμμετέχουν σε ομάδα αθλητισμού, 8 άτομα (25%) σε εργαστήρια ξυλογλυπτικής, 1 άτομο (3,12%) σε εργαστήριο κεραμικής και 3 άτομα (9,32%) επέλεξαν την επιλογή «άλλο».

Τα 8 άτομα που απάντησαν αρνητικά στην παραπάνω ερώτηση υποστήριξαν τα παρακάτω σχετικά με τους λόγους που τους οδήγησαν σε αυτή την συμπεριφορά: 3 άτομα (37,5%) απάντησαν πώς δεν θέλουν, άλλα 3 άτομα (37,5%) ότι δεν έχει κάτι που να τους ενδιαφέρει και 2 άτομα (25%) ότι δεν ξέρουν γιατί.

Πίνακας 24

Οργανώνονται πολιτιστικές εκδηλώσεις στο σωφρονιστικό κατάστημα

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	6	15
Μερικές φορές	19	47,5
Σπάνια	8	20
Ποτέ	6	15
Κενές απαντήσεις	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν οργανώνονται πολιτιστικές εκδηλώσεις στο σωφρονιστικό κατάστημα 6 άτομα (15%) απάντησαν συχνά, 19 άτομα (47,5%) απάντησαν μερικές φορές, 8 άτομα (20%) σπάνια ενώ 6 άτομα (15%) ποτέ.

Πίνακας 25

Ποια προβλήματα αντιμετωπίζετε στο σωφρονιστικό κατάστημα

	Αριθμός	Ποσοστό
πολλά άτομα στα κελιά	12	30

με άλλους κρατούμενους	9	22,5
έλλειψη επικοινωνίας με συγκρατούμενους	12	30
Άλλο	6	15
Κενές απαντήσεις	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση που αναφέρεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στο σωφρονιστικό κατάστημα το 30% των ερωτώμενων (12 άτομα) είπαν πώς τους δυσκολεύει το γεγονός ότι είναι πολλά άτομα στα κελιά, το 22,5% (9 άτομα) αντιμετωπίζει δυσκολίες με άλλους κρατούμενους, 30% (12 άτομα) υποστήριξε ότι πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη επικοινωνίας με τους συγκρατούμενους ενώ 15% (6 άτομα) επέλεξαν «άλλο».

Πίνακας 26

Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους κρατούμενους

	Αριθμός	Ποσοστό
πολύ καλή	29	72,5
Καλή	1	2,5
Μέτρια	6	15
Κακή	4	10
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με την σχέση του δείγματος μας με τους άλλους κρατούμενους το 72,5% (29 άτομα) απάντησε πώς η σχέση τους είναι πολύ καλή, το 2,5 % (1 άτομο) δήλωσε πώς είναι καλή, 15 % (6 άτομα) μέτρια ενώ 10% (4 άτομα) κακή. Βλέπουμε ότι στην προηγούμενη ερώτηση (ποια προβλήματα αντιμετωπίζετε;) 21 άτομα μίλησαν για προβλήματα με άλλους κρατούμενους και για έλλειψη επικοινωνίας ενώ σε αυτήν μόνο 10 άτομα χαρακτηρίζουν την σχέση με συγκρατούμενους τους μέτρια ή κακή. Επειδή δεν έχουμε άλλες ερωτήσεις που να αναφέρονται στο θέμα αυτό δεν μπορούμε να ξέρουμε για ποιόν λόγο στην μία ερώτηση 21 άτομα έχουν προβλήματα ενώ στην άλλη μόνο τα 10.

Πίνακας 27

Ποια η σχέση σας με το προσωπικό φύλαξης

	Αριθμός	Ποσοστό
Πολύ καλή	27	67,5
Καλή	2	5
Κακή	9	22,5
Κενές απαντήσεις	2	95
Σύνολο	40	100

Όπως βλέπουμε από τον παραπάνω πίνακα η σχέση των κρατουμένων με το προσωπικό φύλαξης έχει ως εξής: 27 άτομα (67,5%) δηλώνουν πώς είναι πολύ καλή, 2 άτομα (5%) καλή και 9 άτομα (22,5%) κακή. Βλέπουμε πώς ένας μεγάλος αριθμός ατόμων (67,5%) δηλώνουν πώς η σχέση τους με το προσωπικό φύλαξης είναι πολύ καλή. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε πώς είναι πιθανόν το δείγμα μας να φοβάται να μιλήσει για την σχέση του με το προσωπικό φύλαξης παρόλο που τους εξηγήθηκε στην εισαγωγική παράγραφο στην αρχή του ερωτηματολογίου πώς τα στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτό θα παραμείνουν ανώνυμα.

Πίνακας 28

Πως κρίνετε τις συνθήκες κράτησης στο σωφρονιστικό κατάστημα;

	Αριθμός	Ποσοστό
Καλές	9	22,5
Ανεκτές	16	40
Απαράδεκτες	10	25
δεν απαντώ	4	10
Κενές απαντήσεις	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αυτή 9 άτομα (22,5%) απάντησαν πώς θεωρούν τις συνθήκες κράτησης καλές, 16 άτομα (40%) ανεκτές, 10 άτομα (25%) απαράδεκτες ενώ 4 άτομα (10%) δεν ξέρω/δεν απαντώ.

Αν συγκρίνουμε την ερώτηση που αναφέρεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα στο σωφρονιστικό κατάστημα με τις συνθήκες κράτησης τότε βλέπουμε πώς παρόλο που από την μια πολλά άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον υπερπληθυσμό (12 άτομα, 30%) ή με άλλους κρατούμενους (9 άτομα, 22,5%) από την άλλη 25 άτομα (62,5%) χαρακτηρίζουν τις συνθήκες κράτησης καλές ή ανεκτές και μόνο 10 άτομα (25%) τις θεωρούν απαράδεκτες.

6.6. Σχέσεις με το οικείο περιβάλλον.

Το Ζ' μέρος του ερωτηματολογίου μας αφορά τις σχέσεις του ατόμου με το οικείο περιβάλλον και αποτελείται από 6 ερωτήσεις. Η πρώτη αφορά την επίδραση που έχει ο εγκλεισμός στο οικείο περιβάλλον του ατόμου – και αφορά την αντίδρασή του στην κατάσταση αυτή – το οποίο κατηγοροποιείται σε γονείς, συγγενείς και φίλους.

Πίνακας 29

Αντίδραση στον εγκλεισμό από το οικείο περιβάλλον (γονείς)

	Αριθμός	Ποσοστό
Αρνητική, απορριπτική στάση	7	17,5
Θετική, ενδιαφέρον, συμπαράσταση	25	62,5
Αδιάφορη, ουδέτερη	4	10
Άλλο	4	10
Σύνολο	40	100

Όσον αφορά την αντίδραση από τους γονείς τού δείγματος σχετικά με τον εγκλεισμό τους, το 17,5% (7 άτομα) νιώθουν ότι ο εγκλεισμός έχει αρνητική επίδραση το 62,5% (25 άτομα) πώς έχει θετική, το 10% (4 άτομα) αδιάφορη / ουδέτερη επίδραση και το 10% (4 άτομα), επέλεξαν την επιλογή άλλο.

Πίνακας 30

Αντίδραση στον εγκλεισμό από το οικείο περιβάλλον (συγγενείς)

	Αριθμός	Ποσοστό
--	----------------	----------------

Αρνητική, απορριπτική στάση	6	15
Θετική, ενδιαφέρον, συμπαράσταση	26	65
Αδιάφορη, ουδέτερη	4	10
Άλλο	4	10
Σύνολο	40	100

Σε αυτή την περίπτωση, 6 άτομα (15%) νιώθουν πώς οι συγγενείς τους αντιμετώπισαν αρνητικά τον εγκλεισμό, 26 άτομα (65%) πιστεύουν ότι οι συγγενείς τους αντέδρασαν θετικά σε αυτό το γεγονός, 4 άτομα (10%) ότι τήρησαν αδιάφορη ή ουδέτερη στάση και 4 άτομα (10%) επέλεξαν την επιλογή άλλο.

Πίνακας 31

Αντίδραση στον εγκλεισμό από το οικείο περιβάλλον (φίλοι)

	Αριθμός	Ποσοστό
Αρνητική, απορριπτική στάση	6	15
Θετική, ενδιαφέρον, συμπαράσταση	19	47,5
Αδιάφορη, ουδέτερη	11	27,5
Άλλο	4	10
Σύνολο	40	100

Η τελευταία κατηγορία αφορά τους φίλους. Εδώ παρατηρούμε ότι 6 άτομα (15%) νιώθουν ότι οι φίλοι τους επέδειξαν αρνητική και απορριπτική αντίδραση στον εγκλεισμό τους. Ένας μεγάλος αριθμός 19 ατόμων (47,5%) υποστήριξαν ότι υπήρξε θετική αντίδραση, 11 ερωτώμενοι (27,5%) είπαν ότι η αντίδραση των φίλων τους υπήρξε αδιάφορη ή ουδέτερη και, τέλος, 4 άτομα (10%) επέλεξαν την επιλογή «άλλο».

Βλέπουμε ότι και στις περιπτώσεις που αναφέρονται στο οικείο περιβάλλον, τα περισσότερα άτομα νιώθουν ότι παρά τον εγκλεισμό τους οι γονείς, συγγενείς και φίλοι έχουν θετική στάση απέναντι τους, δείχνουν ενδιαφέρον και συμπαράσταση.

Πίνακας 32

Υπάρχουν κάποια άτομα που θεωρείτε δικούς σας ανθρώπους;

	Αριθμός	Ποσοστό
Συγγενείς	33	82,5
Παλιούς γνώριμους από προηγούμενο εγκλεισμό	1	2,5
Συγκρατούμενοι	2	5
Κανένα	3	7,5
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με τα άτομα που το δείγμα μας θεωρεί δικούς τους ανθρώπους το 82,5% (33 άτομα) απάντησαν πως αυτοί είναι οι συγγενείς τους, το 2,5% (1 άτομο) θεωρεί δικούς του ανθρώπους παλιούς γνώριμους από προηγούμενο εγκλεισμό ενώ το 5% (2 άτομα) τους συγκρατούμενούς τους. Ένα ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι το 7,5% (3 άτομα) των ερωτώμενων απάντησαν πως δεν θεωρούν κανένα δικό τους άνθρωπο.

Πίνακας 33

Έχετε επισκέψεις κατά το επισκεπτήριο

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	15	37,5
Μερικές φορές	8	20
Σπάνια	5	12,5
Ποτέ	11	27,5
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Σε αυτή την ερώτηση, 15 άτομα (37,5%) απάντησαν συχνά, 8 άτομα (20%) μερικές φορές, 5 άτομα (12,5%) σπάνια και ένας σημαντικός αριθμός 11 ατόμων (27,5%) ποτέ.

Πίνακας 34

Εάν ναι ποιοι σας επισκέπτονται περισσότερο

	Αριθμός	Ποσοστό
Γονείς	8	28,82
Αδέρφια	9	32,14
Σύντροφος	9	32,14
Φίλοι	1	3,5
Άλλο	1	3,5
Σύνολο	28	100

Από τα 28 άτομα που έχουν επισκέψεις κατά το επισκεπτήριο, 8 άτομα (28,82%) έχουν από τους γονείς τους, 9 (32,14%) από τα αδέρφια τους, 9 (32,14%) από τον σύντροφο τους, 1 άτομο (3,5%) από τους φίλους του και 1 άτομο (3,5%) επέλεξε «άλλο».

Πίνακας 35

Θα θέλατε να επιτραπεί να γίνουν πιο συχνές οι επισκέψεις

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	19	47,5
Όχι	3	7,5
Αδιαφορώ	18	45
Σύνολο	40	100

Το 47,5% των εγκλειστών που απάντησαν στα ερωτηματολόγια (19 άτομα) δηλώνουν ότι θέλουν να επιτραπεί να γίνουν πιο συχνές οι επισκέψεις ενώ το 7,5% (3 άτομα) δεν θέλουν. Ένα σημαντικό ποσοστό (45%) του δείγματος μας (18 άτομα) δηλώσαν ότι αδιαφορούν. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθούμε και στο γεγονός ότι σε προηγούμενες ερωτήσεις 17 άτομα απάντησαν πώς έχουν πολύ σπάνια επισκέψεις ή καθόλου (1 άτομο δεν απάντησε) κάτι που πιθανώς σχετίζεται με το γεγονός ότι σε αυτήν την ερώτηση 21 άτομα απάντησαν «όχι» ή «αδιαφορώ» στο εάν θα ήθελαν να γίνουν συχνότερες οι επισκέψεις.

Πίνακας 36

Αλληλογραφείτε με πρόσωπα του περιβάλλοντος σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	4	10
Μερικές φορές	4	10
Σπάνια	4	10
Ποτέ	28	70
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με την ερώτηση αυτή, 4 άτομα (10%) απάντησαν ότι αλληλογραφούν συχνά, 4 άτομα (10%) μερικές φορές, 4 άτομα (10%) σπάνια και 28 άτομα (70%) ποτέ.

5.7. Κατάσταση υγείας.

Ο τομέας Η' αναφέρεται στην κατάσταση υγείας του δείγματός μας και αποτελείται από 15 ερωτήσεις.

Πίνακας 37

Ποια από τα παρακάτω θα θέλατε να υπάρχει μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα

	Αριθμός	Ποσοστό
Ιατρικό προσωπικό	5	12,5
Φυσιοθεραπεία	2	5
Ψυχαγωγικά Προγράμματα	28	70
Χώροι συνάντησης	2	5
Κενές	3	7,5
Σύνολο	40	100

Είναι ενδιαφέρον να δούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων 28 άτομα (70%) υποστήριξε ότι υπάρχει ανάγκη για ψυχαγωγικά προγράμματα μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα. Από τους υπόλοιπους ερωτώμενους 5 άτομα (12,5%) θα ήθελαν περισσότερο ιατρικό προσωπικό, 2 άτομα (5%) προγράμματα φυσιοθεραπείας, και 2 άτομα (5%) περισσότερους χώρους συνάντησης.

Πίνακας 38

Άλλες υπηρεσίες που θα διευκόλυναν την καθημερινότητά σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Προγράμματα υπολογιστών	5	12,5
Προγράμματα συμβουλευτικής	8	20
Ξένες γλώσσες	3	7,5
Δεν ξέρω	26	65,0
Σύνολο	40	100

Παρατηρούμε ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων 65% (26 άτομα) δεν είχαν κάποια συγκεκριμένη πρόταση σχετικά με προγράμματα και υπηρεσίες που θα ήθελαν να λαμβάνουν χώρα ή να προσφέρονται στο χώρο εγκλεισμού τους. Από την άλλη πλευρά, το 12,5% του δείγματος - 5 άτομα - έγραψαν για προγράμματα υπολογιστών, 20% (8 άτομα) προγράμματα συμβουλευτικής και το 7,5% (3 άτομα) ξένες γλώσσες.

Πίνακας 39

Κατά την άποψη σας η παρουσία του ιατρικού προσωπικού είναι επαρκής;

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	21	52,5
Όχι	16	40
Κενές απαντήσεις	3	7,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αυτή 21 άτομα (52,5%) απάντησαν πως θεωρούν επαρκή την παρουσία ιατρικού προσωπικού, ενώ ένα σημαντικός αριθμός 16 ατόμων (40%) απάντησαν πως δεν είναι επαρκής. Το 7,5% (3 άτομα) δεν απάντησαν καθόλου κάτι που ίσως θα μπορούσε να εκληφθεί ως αρνητική άποψη ή ως προσπάθεια αποφυγής έκφρασης αρνητικής άποψης.

Πίνακας 40

Εάν όχι, γιατί;

	Αριθμός	Ποσοστό
Δεν είναι 24ώρη	6	37,5

Το προσωπικό είναι λίγο	5	31,25
Δεν ξέρω	5	31,25
Σύνολο	16	100

Την ερώτηση αυτή την απάντησαν τα άτομα που υποστήριξαν πώς η παρουσία του ιατρικού προσωπικού δεν είναι επαρκής (n= 16). Από αυτούς 6 άτομα (37,5%) είπαν πώς αυτό οφείλεται επειδή δεν παρέχεται ιατρική φροντίδα σε 24ώρη βάση, 5 άτομα (31,25%) επειδή το προσωπικό είναι λίγο και 5 άτομα (31,5%) δεν ξέρω.

Πίνακας 41

	Αριθμός	Ποσοστό
<u>Αντιμετωπίζετε κάποια προβλήματα υγείας :</u>		
Ναι.	13	32,5
Όχι.	27	67,5
Σύνολο	40	100
<u>Αντιμετωπίζετε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα υγείας;</u>		
Υπέρταση	11	27,5
Σακχαρώδης Διαβήτης	5	12,5
HIV(AIDS)	2	5
Σχιζοφρένεια	1	2,5
Κατάθλιψη	11	27,5
Άλλο	6	15
Κενές	4	10
Σύνολο	40	100

Βλέπουμε ότι 13 άτομα (32,5%) δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ 27 (67,5%) όχι. Επειδή το 67,5% απάντησαν πώς δεν πάσχουν από κάποιο πρόβλημα υγείας αναμέναμε ότι στην ερώτηση: Αντιμετωπίζετε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα υγείας; θα είχαμε μόνο 13 απαντήσεις. Παρόλα αυτά 36 άτομα επέλεξαν κάποια προβλήματα υγείας. Από αυτά 11 άτομα (27,5%) δήλωσαν πως έχουν υπέρταση, 5 άτομα (12,5%) σακχαρώδη διαβήτη, 2 άτομα (5%) HIV, 1 άτομο (2,5%) σχιζοφρένεια, 11 άτομα (27,5%)

κατάθλιψη και 6 άτομα (15%) επέλεξαν «άλλο». Αυτή η ασυνέπεια ίσως συνέβη διότι πολλά άτομα δεν κατάλαβαν σε τι είδους προβλήματα υγείας αναφερόταν η πρώτη ερώτηση.

Πίνακας 42

Σας χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	21	53,5
Όχι	17	42,5
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100

Στην πλειοψηφία των ερωτώμενων (n= 21, 53,5%) χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή, ενώ στο υπόλοιπο 42,5% (17 άτομα) όχι. Και εδώ βλέπουμε ότι, παρόλο που μόνο 13 άτομα υποστήριξαν ότι έχουν προβλήματα υγείας, σε 21 από αυτούς χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή. Όπως προαναφέραμε αυτό ίσως συμβαίνει επειδή το δείγμα μας δεν κατανόησε την έννοια της ερώτησης και στο που αναφερόταν με τον όρο πρόβλημα υγείας ή ακόμη ίσως και να φοβούνται να απαντήσουν.

Πίνακας 43

Πόσο καιρό σας χορηγείτε η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή

Έτη	Αριθμός	Ποσοστό	
0 – 3	16	40	
3,50 - 6	4	10	
6,50 - 9	1	2,5	
9,5 - 15	1	2,5	
15,50 - 22	1	2,5	
Κενές	17	42,5	
Σύνολο	40	100	
Μεγαλύτερη	Μέση τιμή	Μικρότερη	Κενές
22 χρόνια	3,6	2 μήνες	15

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα χρόνια που χορηγούνται στο δείγμα μας κάποια φαρμακευτική αγωγή. Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε επίσης, πώς το μικρότερο χρονικό διάστημα που χορηγείται στο δείγμα μας φαρμακευτική αγωγή είναι 2 μήνες ενώ το μεγαλύτερο 22 χρόνια. Η μέση τιμή είναι 3 χρόνια και 6 μήνες ενώ 15 άτομα δεν απάντησαν.

Πίνακας 44

Πόσο συχνά επισκέπτεστε το γιατρό των φυλακών

	Αριθμός	Ποσοστό
πολύ συχνά	12	30
συχνά	8	20
σπάνια	15	37,5
καθόλου	3	7,5
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το πόσο συχνά επισκέπτονται τον γιατρό των φυλακών, 12 άτομα (30%) απάντησαν πολύ συχνά, 8 (20%) συχνά, 15 (37,5%) σπάνια και 7,5% (3 άτομα) καθόλου. Βλέπουμε, δηλαδή, ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων 35 άτομα (87,5%) έχει την ανάγκη να επισκεφτεί γιατρό. Από αυτό βλέπουμε την ανάγκη των ατόμων που βρίσκονται σε τέτοιου είδους ιδρύματα για ιατροφαρμακευτική βοήθεια.

Πίνακας 45

Άλλα προβλήματα υγείας που τυχόν αντιμετωπίζετε

	Αριθμός	Ποσοστό
Άγχος	6	15
Αλλεργίες	3	7,5
Άλλα	8	20
δεν αντιμετωπίζω	23	57,5

άλλα προβλήματα υγείας.		
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση που αναφέρετε στα άλλα προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν, 6 άτομα (15%) δήλωσαν το άγχος, 3 άτομα (7,5%) τις αλλεργίες, 8 άτομα (20%) άλλα και 23 άτομα (57,5%) πως δεν αντιμετωπίζουν άλλα προβλήματα υγείας.

Πίνακας 46

	Αριθμός	Ποσοστό
<u>Έχετε ανάγκη για νοσηλευτική βοήθεια</u>		
Ναι	7	17,5
Όχι	31	77,5
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100
<u>Ανάγκη για νοσηλευτική βοήθεια</u>		
Έλεγχος λήψης φαρμάκων	8	20
Λήψη τυχόν αντικαταθλιπτικών	8	20
Μέτρηση πίεσης	3	7,5
Μέτρηση Σακχάρου	4	10
Άλλο	14	35
Κενές	3	7,5
Σύνολο	40	100

Το 17,5% (7 άτομα) απάντησαν πως έχουν ανάγκη για νοσηλευτική βοήθεια, ενώ το 77,5% (31 άτομα) πως δεν έχουν τέτοια ανάγκη. Όταν ρωτήθηκαν για ποιο ειδικά λόγο υπάρχει ανάγκη για νοσηλευτική βοήθεια, οι ερωτώμενοι απάντησαν ως εξής: 8 άτομα (20%)

έλεγχος λήψης φαρμάκων, 8 άτομα (20%) λήψη τυχόν αντικαταθλιπτικών, 3 άτομα (7,5%) μέτρηση πίεσης, 4 άτομα (10%) μέτρηση σακχάρου και 14 άτομα (35%) άλλο.

Πίνακας 47

Τι σας προσφέρει η Κοινωνική Υπηρεσία

	Αριθμός	Ποσοστό
Ψυχολογική υποστήριξη	8	20
Συμβουλές	14	35
Παραπομπή περιπτώσεων με προβλήματα υγείας σε άλλες υπηρεσίες.	4	10
Φροντίζει για την ψυχαγωγία σας	1	2,5
Άλλο	12	30
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες από την κοινωνική υπηρεσία, οι ερωτώμενοι απάντησαν ως εξής: 20% από αυτούς (8 άτομα) τόνισαν την ψυχολογική υποστήριξη, 35% (14 άτομα) τις συμβουλές που παρέχει το προσωπικό, 10% (4 άτομα) την «παραπομπή περιπτώσεων σε προβλήματα υγείας», 2,5% (1 άτομο) αναφέρθηκε στη φροντίδα για ψυχαγωγία, ενώ 30% (12 άτομα) επέλεξαν την επιλογή «άλλο».

Πίνακας 48

Έχετε ανάγκη για κατανόηση και υποστήριξη από:

	Αριθμός	Ποσοστό
Οικογένεια	23	57,5
Φίλους	5	12,5
Συγγενείς	3	7,5

Κανένα	7	17,5
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100

Σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι διαδραματίζει η οικογένεια σε ό,τι αφορά την παροχή υποστήριξης και επίδειξη κατανόησης για τους εγκλείστους όπως φαίνεται από τα ευρήματα αυτής της ερώτησης. Πιο συγκεκριμένα 23 ερωτώμενοι (57,5%) απάντησαν πως έχουν ανάγκη για κατανόηση και υποστήριξη από την οικογένεια τους, 5 από αυτούς (12,5%) υποστήριξαν ότι έχουν ανάγκη για κατανόηση και υποστήριξη από τους φίλους τους, και 3 (7,5%) από τους συγγενείς τους. Πρέπει, τέλος, να σημειωθεί ότι υπήρξαν 7 άτομα (17,%) που απάντησαν ότι δεν χρειάζονται κατανόηση και υποστήριξη από κανένα.

Πίνακας 49

Σε ποιο βαθμό σας προσφέρουν υποστήριξη

	Αριθμός	Ποσοστό
<u>Οικογένεια</u>		
πολύ	28	70
λίγο	6	15
καθόλου	4	10
κενές	2	5
Σύνολο	40	100
<u>Φίλοι</u>		
πολύ	20	50
λίγο	13	32,5
καθόλου	6	15
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100
<u>Συγγενείς</u>		
πολύ	20	50
λίγο	11	27,5

καθόλου	8	20
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στον βαθμό υποστήριξης από την οικογένεια 28 άτομα (70%) απάντησαν πολύ, 6 (15%) λίγο και 4 (10%) καθόλου. Όσον αφορά τους φίλους 20 άτομα (50%) απάντησαν πολύ, 13 (32,5%) λίγο και 6 (15%) καθόλου. Τέλος, σχετικά με την υποστήριξη από την οικογένεια 20 άτομα (50%) απάντησαν πολύ, 11 (27,5%) λίγο και 8 (20%) καθόλου.

Πίνακας 50

Σε ποιο τομέα χρειάζεστε περισσότερη υποστήριξη

	Αριθμός	Ποσοστό
Συναισθηματικός	13	32,5
Κοινωνικός	13	32,5
Ψυχολογικός	12	30
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100

Τελειώνοντας, η ερώτηση που αναφέρεται στο τομέα που χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη απαντήθηκε ως εξής: 13 άτομα (32,5%) «συναισθηματικός», 13 άτομα (32,5%) «κοινωνικός» και 12 άτομα (30%) «ψυχολογικός».

6.8. Κατάσταση ψυχικής υγείας.

Στην συνέχεια έχουμε την κατάσταση ψυχικής υγείας. Ο τομέας αυτός αποτελείται από 30 ερωτήσεις.

Πίνακας 51

Παρακολουθήστε από κάποιο ψυχολόγο ή ψυχίατρο, για ποιόν λόγο;

	Αριθμός	Ποσοστό
--	---------	---------

Ναι, παρακολουθώ ψυχολόγο ή ψυχίατρο	19	47,5
Όχι, δεν παρακολουθώ Ψυχολόγο ή ψυχίατρο	20	50
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100
<u>Εάν ναι για πιο λόγο</u>		
Κατάθλιψη	10	52,63
Άγχος	9	47,36
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση εάν το άτομο παρακολουθείται από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο, το 47,5% των ερωτηθέντων (19 άτομα) απάντησαν θετικά, ενώ το 50% (20%) αρνητικά.

10 άτομα (52,63%) απάντησαν πώς παρακολουθούνται λόγω κατάθλιψης και 9 άτομα (47,36%) λόγω άγχους.

Πίνακας 52

Πόσο διάστημα παρακολουθείστε

	Αριθμός	Ποσοστό	
0 – 3	15	37,5	
3,50 – 6	2	5	
6,50 – 9	4	10	
Κενές	19	47,5	
Σύνολο	40	100	
Μικρότερη	Μέση τιμή	Μεγαλύτερη	Κενές
1 μήνας	2 χρόνια και 6 Μήνες	7 χρόνια	19

Όπως βλέπουμε και από τον πίνακα, το μικρότερο χρονικό διάστημα είναι ένα μήνας ενώ το μεγαλύτερο 7 χρόνια. 2 χρόνια και 6 μήνες είναι η μέση τιμή. Έχουμε 19 άτομα που δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή γιατί δεν παρακολουθούνται από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Πίνακας 53

Οι επισκέψεις στον ψυχολόγο γίνονται πριν την φυλακή

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	13	32,5
Όχι	22	55
Κενές	5	12,5
Σύνολο	40	100

Παρόλο που σε προηγούμενη ερώτηση, 20 άτομα απάντησαν πώς δεν παρακολουθούνται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο, σε αυτήν την ερώτηση βλέπουμε πώς 13 άτομα (32,5%) απάντησαν πώς οι επισκέψεις τους γίνονται και πριν την φυλακή ενώ 22 (55%) μετά. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί ίσως το δείγμα μας δεν θέλει να παραδεχτεί ότι παρακολουθείται από κάποιον ψυχολόγο, είτε γιατί δεν γνωρίζει τον λόγο που γίνονται οι επισκέψεις του.

Πίνακας 54

Ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	28	70
Όχι	12	30
Σύνολο	40	100

Είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον ότι από το σύνολο των 40 απαντημένων ερωτηματολογίων, 28 άτομα (70%) υποστηρίζουν ότι ο εγκλεισμός τους έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων ενώ 12 (30%) ότι δεν έχει συμβάλει.

Πίνακας 55

Εάν δεν παρακολουθήστε από κάποιο ειδικό θεωρείτε ότι ίσως το χρειάζεστε

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	17	42,5
Όχι	18	45
Κενές	5	12,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το αν θεωρούν πως χρειάζεται να παρακολουθούνται από κάποιον ειδικό, 17 άτομα (42,5%) απάντησαν θετικά, ενώ 18 άτομα (45%) αρνητικά και 5 άτομα δεν απάντησαν καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 56

Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή, εάν ναι από πριν ή μετά τον εγκλεισμό σας;

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι, παίρνω φαρμακευτική αγωγή.	21	52,5
Όχι, δεν παίρνω φαρμακευτική αγωγή.	14	35
Σύνολο	40	100
<u>Εάν ναι πότε σας συνέστησε ο γιατρός σας πριν ή μετά τον εγκλεισμό</u>		
Πριν	9	22,5
Μετά	14	35
Κενές	17	42,5
Σύνολο	40	100

Βλέπουμε ότι 21 άτομα παίρνουν κάποια φαρμακευτική αγωγή (52,5%) ενώ τα υπόλοιπα 18 όχι (35%). Παρόλο λοιπόν που στην προηγούμενη ερώτηση απάντησαν μόνο 21 άτομα ναι, βλέπουμε πως στο «Εάν ναι πότε σας συνέστησε ο γιατρός σας πριν ή μετά τον

εγκλεισμό» απάντησαν 23 άτομα (2 άτομα περισσότερα δηλαδή). Σε 9 άτομα (22,5%) τους συνέστησε ο γιατρός φαρμακευτική αγωγή πριν τον εγκλεισμό τους ενώ σε 14 άτομα (35%) μετά.

Στην συνέχεια ακολουθούν επτά ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται σε διάφορα συμπτώματα που συνήθως παρουσιάζονται όταν κάποιος πάσχει από ψυχική διαταραχή.

Πίνακας 57

Αισθάνεστε κουρασμένος χωρίς λόγο

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	7	17,5
Αρκετά συχνά	6	15
Σπάνια	6	15
Μερικές φορές	15	37,5
Ποτέ	5	12,5
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν αισθάνονται κουρασμένοι χωρίς λόγο 7 άτομα είπαν «συχνά» (17,5%), 6 άτομα (15%) «αρκετά συχνά», 6 άτομα (15%) «σπάνια», 15 άτομα (37,5%) «μερικές φορές» και 5 άτομα (2,5%) «ποτέ».

Πίνακας 58

Αισθάνεστε έντονο αίσθημα θλίψης χωρίς ιδιαίτερο λόγο

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	7	17,5
Αρκετά συχνά	6	15
Σπάνια	6	15
Μερικές φορές	11	27,5
Ποτέ	10	25

Σύνολο	40	100
---------------	-----------	------------

Σχετικά με το εάν αισθάνονται έντονο αίσθημα θλίψης χωρίς ιδιαίτερο λόγο, 7 άτομα είπαν «συχνά» (17,5%), 6 άτομα (15%) «αρκετά συχνά», 6 άτομα (15%) «σπάνια», 11 άτομα (27,5%) «μερικές φορές» και 10 άτομα (25%) «ποτέ». Κι εδώ το «ποτέ» εμφανίζεται μόνο στο ¼ του δείγματος.

Πίνακας 59

Έχετε εναλλαγές στην όρεξη για το φαγητό

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	6	15
Αρκετά συχνά	7	17,5
Σπάνια	2	5
Μερικές φορές	11	27,5
Ποτέ	14	35
Σύνολο	40	100

Ακόμη σχετικά με το εάν έχουν εναλλαγές στη όρεξη τους για φαγητό, 6 άτομα είπαν «συχνά» (15%), 7 άτομα (17,5%) «αρκετά συχνά», 2 άτομα (5%) «σπάνια», 11 άτομα (27,5%) «μερικές φορές» και 14 άτομα (35%) «ποτέ».

Πίνακας 60

Έχετε έντονες εναλλαγές στο σωματικό σας βάρος, εάν ναι, που οφείλονται;

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	10	25
Όχι	27	67,5
Κενές	3	7,5
Σύνολο	40	100
<u>Εάν ναι που νομίζετε ότι οφείλετε</u>		

Άγχος	7	70
Ψυχικές διαταραχές	3	30
Σύνολο	10	100

Στην ερώτηση εάν έχουν εναλλαγές στο σωματικό τους βάρος 10 άτομα (25%) απάντησαν θετικά και 27 άτομα (67,5%) αρνητικά. Επτά από τα άτομα αυτά (70%) απάντησαν πώς οι εναλλαγές του βάρους τους οφείλονται στο άγχος, ενώ 3 (30%) σε ψυχικές διαταραχές.

Πίνακας 61

Αντιμετωπίζετε έντονες διαταραχές στον ύπνο σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	6	15
Αρκετά συχνά	5	12,5
Σπάνια	5	12,5
Μερικές φορές	10	25
Ποτέ	14	35
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν αντιμετωπίζουν διαταραχές στον ύπνο τους, 6 άτομα είπαν «συχνά» (15%), 5 άτομα (12,5%) «αρκετά συχνά», 5 άτομα (12,5%) «σπάνια», 10 άτομα (25%) «μερικές φορές» και 14 άτομα (35%) «ποτέ».

Πίνακας 62

Έχετε σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	7	17,5
Αρκετά συχνά	2	5
Σπάνια	2	5
Μερικές φορές	3	7,5
Ποτέ	25	62,5
Κενές	1	2,5

Σύνολο	40	100
---------------	-----------	------------

Σχετικά με το εάν έχουν σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, 7 άτομα είπαν «συχνά» (17,5%), 2 άτομα (5%) «αρκετά συχνά», 2 άτομα (5%) «σπάνια», 3 άτομα (7,5%) «μερικές φορές» και 25 άτομα (62,5%) «ποτέ».

Πίνακας 63

Πριν την φυλακή ή κατά την διάρκεια παραμονή σας εκεί

	Αριθμός	Ποσοστά
Πριν την φυλακή	23	57,5
Μετά την φυλακή	16	40
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται σε όλες τις παραπάνω ερωτήσεις που αφορούν τα διάφορα συμπτώματα και ερευνά εάν αυτά παρουσιάστηκαν πριν την φυλακή ή κατά την διάρκεια παραμονής τους εκεί. 23 άτομα (57,5%) είπαν πώς τα συμπτώματα αυτά υπήρχαν από πριν τον εγκλεισμό τους, ενώ 16 άτομα (40%) μετά. 1 άτομο δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση αυτή.

Πίνακας 64

Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	5	12,5
Αρκετά συχνά	4	10
Σπάνια	3	7,5
Μερικές φορές	3	7,5
Ποτέ	24	60

Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν έχουν κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών, 5 άτομα (12,5%) απάντησαν «συχνά», 4 άτομα (10%) «αρκετά συχνά», 3 (7,5%) «σπάνια», 3 (7,5%) «μερικές φορές» και 24 άτομα (60%) «ποτέ».

Πίνακας 65

Εάν ναι, πότε κάνατε για πρώτη φορά:

	Αριθμός	Ποσοστό	
1965 – 1980	10	25	
1981 - 2000	19	47,5	
2001 - 2007	5	12,5	
Κενές	6	15	
Σύνολο	40	100	
Μικρότερη τιμή	Μέση τιμή	Μεγαλύτερη	Κενές
1967	1987	2007	6

Ο πιο πάνω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ερώτησης πότε κάνατε για πρώτη φορά χρήση ναρκωτικών. Βλέπουμε ότι το άτομο που έκανε πρώτος χρήση ναρκωτικών από το δείγμα μας, έκανε το 1967 ενώ ο τελευταίος το 2007. Η μέση τιμή είναι: 1987.

Πίνακας 66

Πότε κάνατε για τελευταία φορά

	Αριθμός	Ποσοστό	
1980 – 2000	8	20	
2001 – 2008	26	65	
Κενές	6	15	
Σύνολο	40	100	
Μικρότερη τιμή	Μέση τιμή	Μεγαλύτερη	Κενές
1983	2002	2008	6

Εδώ βλέπουμε πότε έγινε η χρήση για τελευταία φορά. Βλέπουμε ότι η μικρότερη τιμή που δόθηκε είναι το 1983, η μεγαλύτερη το 2008 και η μέση τιμή το 2002 . 6 άτομα δεν απάντησαν.

Πίνακας 67

Τι σας οδήγησε στην χρήση ναρκωτικών

	Αριθμός	Ποσοστό
Προβλήματα	14	35
Διασκέδαση	14	35
Περιέργεια	8	20
κακές παρέες	2	5
Κενές	2	5
Σύνολο	40	100

Παρόλο που στην προηγούμενη ερώτηση 24 άτομα απάντησαν «ποτέ» την ερώτηση «τι σας οδήγησε στην χρήση ναρκωτικών» απάντησαν 38 άτομα. Αυτό ήταν κάτι που αναμέναμε αφού τα ναρκωτικά είναι απαγορευμένες ουσίες και πολλοί είναι πολύ πιθανό να φοβούνται να δηλώσουν ότι έχουν κάνει χρήση. Από αυτούς που απάντησαν, 14 άτομα (35%) είπαν πώς τους οδήγησαν τα προβλήματα, 14 άτομα (35%) ότι έκαναν χρήση για διασκέδαση, 8 (20%) οδηγήθηκαν εκεί από περιέργεια και 2 άτομα (5%) οι κακές παρέες.

Πίνακας 68

Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή σας επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών;

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	11	27,5
Όχι	24	60
Κενές	5	12,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αυτή, 11 άτομα (27,5%) απάντησαν πως ο εγκλεισμός τους επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων - 24 (60%) - πώς δεν τους επηρέασε.

Πίνακας 69

Έχετε κάνει ποτέ χρήση οιοπνευματωδών ποτών

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	8	20
Αρκετά συχνά	7	17,5
Σπάνια	6	15
Μερικές φορές	10	25
Ποτέ	9	22,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν έχουν κάνει ποτέ χρήση οιοπνευματωδών ποτών, 8 άτομα (20%) απάντησαν «συχνά», 7 άτομα (17,5%) «αρκετά συχνά», 6 (15%) «σπάνια», 10 (25%) «μερικές φορές» και 9 άτομα (25%) «ποτέ».

Πίνακας 70

Πότε κάνατε για πρώτη φορά χρήση οιοπνευματωδών ουσιών.

	Αριθμός	Ποσοστό	
1960 – 1980	9	22,5	
1981 – 2000	22	55	
2001 – 2008	5	12,5	
Κενές	4	10	
Σύνολο	40	100	
Μικρότερη τιμή	Μέση τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Κενές
1960	1988	2005	4

Ο πιο πάνω πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ερώτησης πότε κάνατε για πρώτη φορά χρήση οινόπνευματων ουσιών. Βλέπουμε ότι το άτομο που έκανε πρώτος χρήση ναρκωτικών από το δείγμα μας, έκανε το 1960 ενώ ο τελευταίος το 2005. Η μέση τιμή είναι: 1988.

Πίνακας 71

Πότε κάνατε για τελευταία φορά χρήση οινόπνευματων ποτών.

	Αριθμός	Ποσοστό	
1970 – 1990	1	2,5	
1991 – 2000	4	10	
2001 – 2008	29	72,5	
Κενές	6	15	
Σύνολο	40	100	
Μικρότερη τιμή	Μέση τιμή	Μεγαλύτερη τιμή	Κενές
1978	2003	2008	6

Εδώ βλέπουμε πότε έγινε η χρήση για τελευταία φορά. Ακόμη βλέπουμε ότι η μικρότερη τιμή που δόθηκε είναι το 1978, η μεγαλύτερη το 2008 και η μέση τιμή το 2003 . 6 άτομα δεν απάντησαν.

Πίνακας 72

Τι σας οδήγησε στην χρήση οινόπνευματων ποτών

	Αριθμός	Ποσοστό
Προβλήματα	4	11,48
Διασκέδαση	23	65,7
Περιέργεια	7	20
Κακές παρέες	1	2,85
Σύνολο	35	100

Παρόλο που στην προηγούμενη ερώτηση 9 άτομα απάντησαν «ποτέ» την ερώτηση «τι σας οδήγησε στην χρήση οινόπνευματων ποτών» απάντησαν 35 άτομα. Από αυτά 4 άτομα (11,48%) είπαν πως τους οδήγησαν τα προβλήματα, 23 άτομα (65,7%) διασκέδαση, 7 (20%) περιέργεια και 1 άτομο (2,85%) κακές παρέες.

Πίνακας 73

Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή σας επηρέασε στην λήψη οιοπνευματωδών ποτών

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	11	27,5
Όχι	24	60
Κενές	5	12,5
Σύνολο	40	100

Παρατηρούμε ότι 11 άτομα (27,5%) απάντησαν πως ο εγκλεισμός τους επηρέασε στην χρήση οιοπνευματωδών ποτών ενώ οι περισσότεροι - 24 (60%) - πώς δεν τους επηρέασε.

Πίνακας 74

Έχετε άγχος χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	7	17,5
Αρκετά συχνά	4	10
Σπάνια	4	10
Μερικές φορές	12	30
Ποτέ	13	32,5
Σύνολο	40	100

Αναφορικά με το εάν έχουν άγχος χωρίς συγκεκριμένη αιτία, 7 άτομα (17,5%) απάντησαν «συχνά», 4 άτομα (10%) «αρκετά συχνά», 4 (10%) «σπάνια», 12 (30%) «μερικές φορές» και 13 άτομα (32,5%) «ποτέ».

Πίνακας 75

Αισθάνεστε νευρικήτητα

	Αριθμός	Ποσοστό
--	---------	---------

Συχνά	6	15
Αρκετά συχνά	8	20
Σπάνια	4	10
Μερικές φορές	10	25
Ποτέ	12	30
Σύνολο	40	100

Σχετικά με το εάν αισθάνονται νευρικήτητα, 6 άτομα (15%) απάντησαν «συχνά», 8 άτομα (20%) «αρκετά συχνά», 4 (10%) «σπάνια», 10 (25%) «μερικές φορές» και 12 άτομα (30%) «ποτέ».

Πίνακας 76

Έχετε αίσθημα υπερδιέγερση χωρίς λόγο

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	11	27,5
Όχι	28	70
Κενές	1	2,5
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αυτή 11 άτομα υποστήριξαν ότι έχουν παρατηρήσει ένα αίσθημα υπερδιέγερσης χωρίς λόγο (27,5%) , ενώ 28 άτομα (70%) όχι.

Πίνακας 77

Αισθάνεστε ανήσυχος χωρίς συγκεκριμένο λόγο

	Αριθμός	Ποσοστό
Ναι	14	35
Όχι	26	65
Σύνολο	40	100

Στην ερώτηση αισθάνεστε ανήσυχος χωρίς συγκεκριμένο λόγο , 14 άτομα (35%) απάντησαν ναι ενώ 26 (65%) όχι.

Πίνακας 78

Έχετε διαταραχές στον ύπνο σας

	Αριθμός	Ποσοστό
Συχνά	6	15
Αρκετά συχνά	8	20
Σπάνια	4	10
Μερικές φορές	9	22,5
Ποτέ	13	32,5
Σύνολο	40	100

Η τελευταία ερώτηση του τομέα αυτού και παράλληλα του ερωτηματολογίου μας αφορά το εάν το δείγμα μας έχει διαταραχές στο ύπνο του. 6 άτομα (15%), απάντησαν «συχνά», 8 (20%) «αρκετά συχνά», 4 (10%) «σπάνια», 9 (22,5%) «μερικές φορές» και 13 άτομα (32,5%) «ποτέ» .

6.9. Συσχετίσεις

Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ δυο μεταβλητών της βάσης δεδομένων μας.

- **Εάν η διάρκεια εγκλεισμού επηρεάζει την εμφάνιση ψυχικής νόσου ανάλογα με το χρονικό διάστημα**

Χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS προσπαθήσαμε να συσχετίσουμε τα έτη που βρίσκεται κάποιος στην φυλακή, με το πόσο διάστημα του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή. Η συσχέτιση αυτή έγινε αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό μας ερώτημα, που αναφέραμε πιο πάνω.

Όπως βλέπουμε οι μεταβλητές μας είναι δύο, τα χρόνια που βρίσκεται το άτομο στην φυλακή και το διάστημα που του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή (βλέπε πίνακες 22 και 53).

Στην πρώτη μεταβλητή βρήκαμε πως η μέση τιμή (mean) για τα έτη που βρίσκεται ο ερωτώμενος στην φυλακή είναι 5,7 έτη, η τυπική της απόκλιση (std deviation) είναι 4,17410, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 1 έτος και η μεγαλύτερη (maximum) 18.

Η δεύτερη μεταβλητή μας που δείχνει το διάστημα που του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή. Στην μεταβλητή αυτή βρήκαμε πως η μέση τιμή (mean) για το διάστημα που χορηγείται στον ερωτώμενο κάποια φαρμακευτική αγωγή είναι 3,6 (χρόνια) η τυπική της απόκλιση (std deviation) είναι 4,40, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 2 μήνες και η μεγαλύτερη (maximum) 22 χρόνια.

Ο πίνακας που ακολουθεί παρουσιάζει τα πιο πάνω στοιχεία. Βλέπουμε πως για την δεύτερη μεταβλητή μας είχαμε 15 άτομα που δεν απάντησαν γιατί δεν τους χορηγείται φαρμακευτική αγωγή, κάτι που το βλέπουμε στον πίνακα 52, ο οποίος παρουσιάζει την ερώτηση: Σας χορηγείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή για το πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;

Πίνακας 79

	Χρόνια που βρίσκεται στην φυλακή	Διάστημα που του χορηγείται φαρμακευτική αγωγή.
Μέση τιμή (mean)	5,75	3,6
Τυπική απόκλιση (std deviation)	4,17410	4,40
Μικρότερη τιμή (minimum)	1 χρόνο	2 μήνες
Μεγαλύτερη τιμή (maximum)	18 χρόνια	22 χρόνια
Κενές απαντήσεις:	0	15

Έπειτα κάναμε την συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών μας (του διαστήματος που βρίσκονται στην φυλακή και αυτού που τους χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή). Για τον υπολογισμό και τον έλεγχο σημαντικότητας του συντελεστή συσχέτισης χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 102, στο κελί που διασταυρώνει τα χρόνια στην φυλακή με το διάστημα που του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή βλέπουμε ότι η τιμή του συντελεστή συσχέτισης για το δείγμα των N= 25 (15 άτομα δεν απάντησαν - δεν

λαμβάνουν) στο: πόσο καιρό σας χορηγείται η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή) ερωτηθέντων είναι $r = 0,505$. Η συσχέτιση Pearson για έτη που είναι στην φυλακή, είναι 1 (απόλυτη συσχέτιση αφού γνωρίζουμε πως όσο περισσότερο η τιμή Pearson τείνει στο 1 τόσο πιο μεγάλη είναι η συσχέτιση). Από την άλλη η συσχέτιση Pearson για τον καιρό που τους χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή είναι 0,010 καταλαβαίνοντας πως στην προκειμένη η συσχέτιση είναι πολύ μικρότερη.

Πίνακας 80

Correlations

		<i>Πόσα έτη είστε στην φυλακή;</i>	<i>Πόσο καιρό σας χορηγείται η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή;</i>
<i>Πόσα έτη είστε στην φυλακή;</i>	<i>Person Correlation</i>	1	0.505
	<i>sig. (2-tailed)</i>	-	0.010
	<i>N</i>	40	25
<i>Πόσο καιρό σας χορηγείται η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή;</i>	<i>Person Correlation</i>	0,505	1
	<i>sig. (2-tailed)</i>	0,010	-
	<i>N</i>	25	25

* Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

Για το ίδιο ερευνητικό ερώτημα έγινε συσχέτιση, δύο ακόμη μεταβλητών: (α) Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα και (β) Πόσο διάστημα παρακολούθηστε από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο; .

Στην πρώτη μεταβλητή (Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα), βρήκαμε πως η μέση τιμή (mean) είναι 27,9 χρόνια, η τυπική

της απόκλιση (std deviation) είναι 10,48 χρόνια, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 1 χρόνος και η μεγαλύτερη (maximum) 53 χρόνια. Στην ερώτηση αυτή απάντησε όλο το δείγμα μας. Οι απαντήσεις της πρώτης ερώτησης καταχωρήθηκαν σαν χρόνια πριν (π.χ. 5 = πριν από 5 χρόνια).

Στην δεύτερη μεταβλητή (Πόσο διάστημα παρακολούθηστε από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο), βρήκαμε πως η μέση τιμή (mean) είναι 2,66 χρόνια, η τυπική της απόκλιση (std deviation) είναι 2,12, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 1 μήνας και η μεγαλύτερη (maximum) 7 χρόνια. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 21 άτομα γιατί τα υπόλοιπα δήλωσαν ότι δεν παρακολουθούνται από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Πίνακας 81

	Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα	Πόσο διάστημα παρακολούθηστε από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο
Μέση τιμή (mean)	27,92	2,66
Τυπική απόκλιση (std deviation)	10,48	2,12
Μικρότερη τιμή (minimum)	1 χρόνο	1 μήνα
Μεγαλύτερη τιμή (maximum)	53 χρόνια	7 χρόνια
Κενές απαντήσεις:	0	19

Και πάλι για την συσχέτιση των δύο μεταβλητών χρησιμοποιήσαμε τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

Όπως βλέπουμε, στο κελί που διασταυρώνει το χρονικό διάστημα που παρακολουθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο με την ηλικία που μπήκε το άτομα για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα, για το δείγμα των N= 40 έγκλειστων, είναι $r = -0,243$. Το

δείγμα υποδεικνύει μια αρνητική συσχέτιση, αφού όταν το r πάρει αρνητική τιμή δείχνει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.

Πίνακας 82

Correlations

		<i>Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα</i>	<i>Χρονικό διάστημα που παρακολούθει ψυχολόγο.</i>
<i>Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα</i>	<i>Pearson Correlation</i>	1	-0,243
	<i>sig. (2-tailed)</i>	-	0,289
	<i>N</i>	40	21
<i>Χρονικό διάστημα που παρακολούθει ψυχολόγο.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	-0,243	1
	<i>sig. (2-tailed)</i>	0,289	-
	<i>N</i>	21	21

* Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

- **Οι κρατούμενοι, έπασχαν και πριν τον εγκλεισμό τους από κάποιες νόσους ή αυτές εκδηλώθηκαν μετά τον εγκλεισμό τους; Αν όχι, που οφείλεται αυτό; Επηρεάζεται η ψυχική υγεία των κρατουμένων από τον εγκλεισμό τους στην φυλακή;**

Στην συνέχεια προχωρήσαμε στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που είναι το εξής: Οι κρατούμενοι, έπασχαν και πριν τον εγκλεισμό τους από κάποιες νόσους ή αυτές εκδηλώθηκαν μετά τον εγκλεισμό τους; Αν όχι, που οφείλεται αυτό; Επηρεάζεται η ψυχική υγεία των κρατουμένων από τον εγκλεισμό τους στην φυλακή;

Αρχικά, θεωρήσαμε χρήσιμο να δούμε την ερώτηση που δείχνει πόσα χρόνια βρίσκεται στην φυλακή το άτομο με αυτήν που αναφέρεται στο πόσο διάστημα παρακολουθείται από κάποιον ψυχολόγο ούτως ώστε να δούμε εάν το άτομο έβλεπε κάποιον ψυχολόγο και πριν τον εγκλεισμό του .

Όπως και στην προηγούμενη συσχέτιση για την πρώτη μεταβλητή η μέση τιμή (mean) για τα έτη που βρίσκεται το άτομο στην φυλακή είναι 5,7 έτη, η τυπική της απόκλιση (std deviation) είναι 4,17410, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 1 έτος και η μεγαλύτερη (maximum) 18.

Στην ερώτηση πόσο διάστημα παρακολουθείται από κάποιον ψυχολόγο βρήκαμε πως η μέση τιμή (mean) είναι 2,66 χρόνια, η τυπική της απόκλιση (std deviation) είναι 2,12, η μικρότερη (minimum) τιμή που δηλώθηκε είναι 1 μήνας και η μεγαλύτερη (maximum) 7 χρόνια. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν 21 άτομα γιατί τα υπόλοιπα δήλωσαν ότι δεν παρακολουθούνται από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο.

Πίνακας 83

	Πόσα έτη βρίσκεται το άτομο στο σωφρονιστικό κατάστημα	Πόσο διάστημα παρακολουθήστε από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο
Μέση τιμή (mean)	5,75	2,66
Τυπική απόκλιση (std deviation)	4,17410	2,12
Μικρότερη τιμή (minimum)	1 χρόνο	1 μήνα
Μεγαλύτερη τιμή (maximum)	18 χρόνια	7 χρόνια

Κενές απαντήσεις:	0	19
-------------------	---	----

Στην συνέχεια, έγινε συσχέτιση των δύο μεταβλητών χρησιμοποιώντας τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Όπως φαίνεται από τον πίνακα 2, στο κελί που διασταυρώνει τα χρόνια στην φυλακή με το διάστημα που παρακολουθείται από ψυχολόγο βλέπουμε ότι η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι $r = 0,488$. Η συσχέτιση Pearson είναι 1 αρά έχουμε απόλυτη συσχέτιση. Από την άλλη η συσχέτιση Pearson για τον καιρό που παρακολουθούν ψυχολόγο είναι 0,025 καταλαβαίνοντας πως στην προκειμένη η συσχέτιση είναι πολύ μικρότερη.

Πίνακας 84
Correlations

		<i>Πόσα έτη είστε στην φυλακή;</i>	<i>Χρονικό διάστημα που παρακολουθεί ψυχολόγο.</i>
<i>Πόσα έτη είστε στην φυλακή;</i>	<i>Pearson Correlation</i>	1	0,488
	<i>sig. (2-tailed)</i>	-	0,025
	<i>N</i>	21	21
<i>Χρονικό διάστημα που παρακολουθεί ψυχολόγο.</i>	<i>Pearson Correlation</i>	0,488	1
	<i>sig. (2-tailed)</i>	0,025	-
	<i>N</i>	21	40

* Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αναφέρονται και οι εξής ερωτήσεις:

1. Οι επισκέψεις σας στον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο γίνονταν και πριν τον εγκλεισμό σας;
2. Θεωρείτε ότι ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζεται;
3. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάστηκαν πριν τον εγκλεισμό σας ή κατά την διάρκεια της παραμονής σας εκεί;
4. Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή σας επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών; αν ναι, πώς;
5. Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή σας επηρέασε στην χρήση οινοπνευματωδών ποτών; αν ναι , πώς;

Αρχικά χρησιμοποιήσαμε τις δύο πρώτες ερωτήσεις και κάναμε τον έλεγχο χ^2 του Pearson, αφού θέλουμε να διαπιστώσουμε αν δύο ποιοτικές μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους ή είναι ανεξάρτητες. Έχουμε την μηδενική υπόθεση H_0 : που λέει ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής H_1 : οι δύο μεταβλητές είναι εξαρτημένες.

Ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων * Πριν την φυλακή ή κατά την διάρκεια παραμονή σας εκεί ; (Crosstabulation)

Πίνακας 85

			Πριν την φυλακή ή κατά την διάρκεια παραμονή σας εκεί		Total
			Πριν	μετά	
ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων	ναι	Count	9	4	13
		Expected Count	9,3	3,7	13,0
	όχι	Count	16	6	22
		Expected Count	15,7	6,3	22,0
Total		Count	25	10	35
		Expected Count	25,0	10,0	35

Πίνακας 86
Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	0,49(b)	1	0,825		

a .Computed only for a 2x2 table

b .4 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,57.

Από τον πίνακα συνάφειας (πρώτος πίνακας) ανάμεσα στις δύο μεταβλητές μας βλέπουμε τις συχνότητες (counts) των διασταυρούμενων κατηγοριών που παρατηρήθηκαν στο δείγμα όσο και τις συχνότητες (expected counts) που θεωρητικά θα είχαμε αν οι δύο μεταβλητές ήταν ανεξάρτητες. Όπως βλέπουμε στον πίνακα, πέντε άτομα απάντησαν ναι στην ερώτηση ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, εκ των οποίων δυο απάντησαν ότι πριν την φυλακή παρουσιάστηκαν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ 3 άτομα απάντησαν μετά.

Εάν οι δύο μεταβλητές μας ήταν ανεξάρτητες, τότε θα είχαμε:

(α) Από τα άτομα που απάντησαν «Ναι», στην ερώτηση: «Θεωρείτε ότι ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζετε;», 9,3 κατά μέσο όρο, θα έπρεπε να είχαν επιλέξει «πριν», στην ερώτηση: «Αν έχετε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, τα συμπτώματα αυτά παρουσιάστηκαν πριν από τον εγκλεισμό σας στην φυλακή ή κατά τη διάρκεια της παραμονής σας εκεί;», ενώ 3,7 κατά μέσο όρο «μετά».

(β) Από τα άτομα που απάντησαν «Όχι», στην ερώτηση: «Θεωρείτε ότι ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζετε;», 15,7 κατά μέσο όρο, θα έπρεπε να είχαν επιλέξει «πριν», στην ερώτηση: «Αν έχετε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, τα συμπτώματα αυτά παρουσιάστηκαν πριν από τον εγκλεισμό σας στην φυλακή ή κατά τη διάρκεια της παραμονής σας εκεί;», ενώ 6,3 κατά μέσο όρο «μετά».

Ο δεύτερος πίνακας μας δείχνει τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 του Pearson. Η τιμή ελεγχουσυνάρτησης είναι $\chi^2 = 0,49$ με βαθμούς ελευθερίας 1 και το επίπεδο σημαντικότητας (p- value) του ελέγχου είναι 0,825. Επειδή έχουμε επίπεδο σημαντικότητας μεγαλύτερο από το 0,05 η υπόθεση ανεξαρτησίας μεταξύ των δύο

μεταβλητών εγκρίνεται. Άρα εάν το άτομο πιστεύει πώς ο εγκλεισμός του έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων δεν σχετίζεται με το εάν έχει εμφανίσει κάποια συμπτώματα πριν ή μετά τον εγκλεισμό.

Άρα, δεν υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις παρατηρούμενες και τις αναμενόμενες συχνότητες. Το εάν οι επισκέψεις στον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο γίνονταν και πριν τον εγκλεισμό τους δεν εξαρτάται με τον εάν θεωρούν ότι ο εγκλεισμός τους έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Στην συνέχεια μελετήσαμε την ερώτηση που αφορά εάν τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάστηκαν πριν τον εγκλεισμό τους ή κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο σωφρονιστικό κατάστημα. Όπως βλέπουμε από τον πίνακα 81 σχετικά με την ερώτηση αυτή, ένα μεγάλο μέρος των απαντήσεων πιστεύει πως τα συμπτώματα αυτά υπήρχαν και πριν τον εγκλεισμό τους (23 απαντήσεις 57,5%).

Τελειώνοντας την στατιστική ανάλυση των δεδομένων μας, θα κάναμε συσχέτιση των δύο τελευταίων ερωτήσεων που σχετίζονται με το ερευνητικό μας ερώτημα (εάν η φυλακή τους επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών και οιοπνευματωδών ποτών), θεωρήσαμε όμως σκόπιμο να μείνουμε απλά στον πίνακα (πίνακες 82 και 89) που παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν γιατί τα αποτελέσματα μιας τέτοιας συσχέτισης δεν θα μας εξυπηρετούσαν καθόλου. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις είναι πολύ ξεκάθαρες, αφού μόνο και μόνο παρατηρώντας τον πίνακα στον οποίο αναφέρονται τα αποτελέσματα μας δίνεται η ευκαιρία να κατανοήσουμε εάν πιστεύουν πως η φυλακή τους επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών ή οιοπνευματωδών ουσιών.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να αναφερθούμε συνοπτικά στα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ερευνά μας. Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, βλέπουμε πώς στις δύο συσχέτισεις που έγιναν για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έχουμε δύο διαφορετικά αποτελέσματα. Από την πρώτη συσχέτιση, (χρόνια που βρίσκεται στην φυλακή και το διάστημα που του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή), φαίνεται να υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτά, όσο πιο πολλά χρόνια βρίσκεται το άτομο στην φυλακή τόσο περισσότερο είναι το διάστημα που του χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή.

Από την άλλη όμως, στην δεύτερη συσχέτιση που έγινε για το ίδιο ερώτημα (το χρονικό διάστημα που παρακολουθεί ψυχολόγο ή ψυχίατρο και η ηλικία που μπήκε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα), έχουμε αρνητική σχέση των δύο μεταβλητών. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι το χρονικό διάστημα που παρακολουθείται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο δεν επηρεάζεται από τα χρόνια που είναι ή που μπήκε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα.

Από τις συσχετίσεις που έγιναν για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα βρήκαμε ότι τα έτη που βρίσκεται κάποιος στην φυλακή συσχετίζονται απόλυτα με το χρονικό διάστημα που παρακολουθούνται από ψυχολόγο. Όσα περισσότερα είναι τα χρόνια που παρακολουθούν ψυχολόγο τόσο περισσότερα είναι και τα έτη που βρίσκονται στην φυλακή.

Στην προσπάθεια μας να δούμε εάν ο εγκλεισμός στην φυλακή έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, σχετίζεται, με το εάν τα συμπτώματα εμφανίστηκαν πριν την φυλακή ή κατά την διάρκεια παραμονής τους εκεί βρήκαμε ότι οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Από την μελέτη των ερωτήσεων μας και κυρίως την συσχέτιση κάποιων ερωτήσεων μπορούμε να πούμε ότι καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα σχετικά και με τα ερευνητικά μας ερωτήματα. Το κεφάλαιο που ακολουθεί αναφέρεται στα συμπεράσματα αυτά.

Κεφάλαιο 7^ο

Συμπεράσματα – Δυσκολίες – Προτάσεις

7.1. Συμπεράσματα

7.1.1. Υποθέσεις έρευνας

Αρχικά βλέποντας τα αποτελέσματα της στατιστικής μας ανάλυσης βλέπουμε ότι κάποιες από τις υποθέσεις εργασίας που θέσαμε στην αρχή επαληθεύτηκαν. Προσπαθήσαμε να δούμε εάν η διάρκεια εγκλεισμού επηρεάζει την εμφάνιση ψυχικής νόσου ανάλογα με το χρονικό διάστημα, μέσα από συσχέτιση δύο ερωτήσεων που αναφέρονταν στο διάστημα που χορηγείται κάποια φαρμακευτική αγωγή και στα χρόνια που το άτομο βρίσκεται στην φυλακή. Σαφώς από το γεγονός ότι χορηγείται σε ένα άτομο φαρμακευτική αγωγή δεν μπορούμε να ξέρουμε αν πάσχει ή όχι από κάποιαν ψυχική ασθένεια αφού τα φάρμακα αυτά μπορεί να του χορηγούνται και για άλλες νόσους.

Πάντως από αυτήν την συσχέτιση φαίνεται ότι όσο περισσότερα χρόνια βρίσκεται το άτομο σε σωφρονιστικό ίδρυμα τόσο περισσότερα είναι και τα χρόνια που του χορηγούνται φάρμακα είτε αυτά προορίζονται για ψυχικές νόσους είτε όχι. Βέβαια από αυτό δεν μπορούμε να πούμε ότι επιβεβαιώνεται το ερευνητικό μας ερώτημα αφού τα φάρμακα μπορεί να χορηγούνταν στο άτομο και πριν τον εγκλεισμό του, η ασθένεια να ήταν χρόνια και να είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της. Από άλλη συσχέτιση που κάναμε, βρήκαμε ακόμη ότι όσο περισσότερα χρόνια είναι ένα άτομο στην φυλακή τόσο περισσότερο είναι και το διάστημα που παρακολουθείται από κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Όσο δηλαδή μικρότερο διάστημα είναι ένα άτομο έγκλειστος στο σωφρονιστικό κατάστημα τόσο λιγότερο είναι και το διάστημα που παρακολουθείται από κάποιον ειδικό, και το αντίθετο (σύμφωνα πάντα με το δείγμα μας).

Η φυλακή είναι ένα ίδρυμα που διέπεται από πολλούς περιορισμούς και κανόνες και τα άτομα που βρίσκονται σε αυτήν θα πρέπει να τα ακολουθούν κατ' εντολή. Σαφώς το περιβάλλον στο οποίο ζει ένα άτομο επηρεάζει και την ψυχολογία του καθώς και τον γενικό τρόπο λειτουργίας του. Αφού στην εργασία αυτή μελετάμε την ψυχική υγεία των έγκλειστων θεωρήσαμε σωστό να λάβουμε υπόψη μας ότι ο χώρος του σωφρονιστικού καταστήματος και ο τρόπος λειτουργίας του επηρεάζει πολύ τα άτομα που ζουν σε αυτόν. «Οι φυλακισμένοι

ανέφεραν ότι τα μεγάλα χρονικά διαστήματα απομόνωσης με λίγους πνευματικούς ερεθισμούς, συνέβαλαν 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 βαριεστημάρας. Συνοπτικά φάνηκε ότι η απομόνωση, η έλλειψη πνευματικής αναζωογόνησης, η κατάχρηση φαρμάκων, οι φτωχής ποιότητας σχέσεις με το προσωπικό των φυλακών, οι κακές σχέσεις μεταξύ των φυλακισμένων και η απουσία της επαφής με την οικογένεια τους, είναι οι καθοριστικοί παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ψυχική υγεία των φυλακισμένων» (Medlook, 2003: 2).

7.1.2. Ψυχική υγεία

Παρόλο που και στα αποτελέσματα της ερευνάς μας αλλά και σε διάφορες βιβλιογραφικές πηγές (Nurse και συν. 2003, Medlook 2008, Θεμελή 2000, Lindquist & Lindquist 1997) βλέπουμε ότι σε πολλά άτομα που βρίσκονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα εμφανίζονται ψυχικές ασθένειες, πολλές φορές δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες. Ένα από τα αιτήματα πρόσφατων εξεγέρσεων κρατουμένων στη χώρα μας αφορούσε τη διασφάλιση καλύτερων συνθηκών κράτησης. Στα πλαίσια αυτής της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης περιλαμβανόταν και η πρόσληψη επιπλέον ιατρικού προσωπικού. Ακόμη, η «...μείωση ποινών κατά τρία χρόνια σε όλες τις καταδίκες προκειμένου να μειωθεί ο υπερπληθυσμός των φυλακών. Αυτή τη στιγμή, ενώ η συνολική χωρητικότητα των φυλακών ανέρχεται σε 7.500 θέσεις, κρατούνται περισσότεροι από 13.000 άνθρωποι. Ζητούν επίσης να υπάρξουν γιατροί στις φυλακές, να ελέγχεται η συμπεριφορά των δεσμοφυλάκων και να καταργηθούν οι φυλακές ανηλίκων» (news 24/7/2008: 1).

Αρχικά, δεν υπάρχουν κατάλληλες υποδομές (π.χ. προσωπικό) στις Ελληνικές φυλακές ούτως ώστε τα άτομα αυτά να έχουν την κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Εάν αναφερθούμε αποκλειστικά στην έρευνα μας, βλέπουμε ότι πολλοί από τους κρατούμενους επιθυμούν να έχουν 24ώρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η ανάγκη τους αυτή δείχνει πώς δεν είναι ευχαριστημένοι από αυτό που ήδη υπάρχει και πώς ίσως να χρειάζεται μια αλλαγή βασισμένη στις ανάγκες που προκύπτουν.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που αναφέρονται σε συμπτώματα της κατάθλιψης, βλέπουμε ότι αρκετά άτομα λίγο ή πολύ παρουσιάζουν κάποια από τα συμπτώματα αυτά. Επίσης, 11 άτομα από το σύνολο των 40 που απάντησαν στα ερωτηματολόγια μας, δηλώνουν

πώς πάσχουν από κατάθλιψη (πίνακας 51) και πώς τους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά. Επίσης, 7 άτομα δηλώσαν πως οι έντονες εναλλαγές στο βάρος τους οφείλονται στο άγχος. Βλέπουμε δηλαδή ότι σε άτομα από το δείγμα μας παρουσιάζονται συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Ακόμη, στο σημείο αυτό να αναφέρουμε πώς παρόλο που στα αποτελέσματα του ερευνητικού κομματιού βλέπουμε ότι ένα μικρό ποσοστό μόνο δήλωσε πως έχει τάσεις αυτοκτονίας, υπάρχουν αναφορές οι οποίες αναφέρονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα ολόκληρης της Ελλάδας και παρουσιάζουν το ποσοστό για απόπειρες και αυτοκτονίες πολύ μεγάλο. Όπως είδαμε και στο θεωρητικό κομμάτι της πτυχιακής μας, η αυτοκτονία έχει αρκετές αιτιολογίες. Η αυτοκτονία μπορεί, σύμφωνα με τον Μάνο (1998) να οφείλεται στην κατάθλιψη, στην σχιζοφρένεια και σε άλλες ψυχικές διαταραχές. Γενικότερα από σχετικές έρευνες που έγιναν βλέπουμε πώς σε σωφρονιστικά ιδρύματα, υπάρχουν 27 φορές περισσότερες αυτοκτονίες παρά έξω (Πανάγος 2008).

Απ' ότι βλέπουμε πολλά άτομα, που έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή/και οινοπνευματωδών ποτών πριν τον εγκλεισμό τους, δηλώνουν ότι συνεχίζουν να κάνουν και πώς το γεγονός ότι βρίσκονται στο σωφρονιστικό κατάστημα δεν επηρέασε στην λήψη των παραπάνω ουσιών. Αυτό που μας κάνει εντύπωση είναι πώς πολλά άτομα συνεχίζουν την χρήση αφού τόσο τα οινοπνευματώδη ποτά όσο και τα ναρκωτικά είναι ουσίες που απαγορεύεται να διακινούνται στο ίδρυμα αυτό.

Θα αναφερθούμε ακόμη στην ερώτηση για το εάν αισθάνονται κουρασμένοι χωρίς λόγο. Παρόλο που πιστεύαμε ότι πολλοί θα έλεγαν «ποτέ» μόνο 5 από τους 40 που ήταν το δείγμα μας έδωσαν την συγκεκριμένη απάντηση. Αυτό μας δημιουργεί διάφορα ερωτήματα όπως από που προέρχεται η κούραση αυτή και γιατί. Επειδή όμως δεν υπάρχουν άλλες ερωτήσεις αναφορικά με το θέμα αυτό δεν μπορούμε να βγάλουμε ένα συμπέρασμα για το θέμα αυτό.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μας το οποίο αναφέρεται σε ψυχικές ασθένειες, προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε γενικότερα διάφορες ασθένειες οι οποίες συνήθως εμφανίζονται σε άτομα που βρίσκονται σε σωφρονιστικά ιδρύματα. Έτσι, όταν διαμορφώναμε το ερωτηματολόγιο μας φροντίσαμε να υπάρχουν ερωτήσεις, οι οποίες να αναφέρονται στις ασθένειες αυτές και στα συμπτώματα τους, ούτως ώστε να δούμε αν αυτές πράγματι εμφανίζονται στο δείγμα μας.

Και από το θεωρητικό μας κομμάτι αλλά και το ερευνητικό βλέπουμε ότι σε τέτοιου είδους κλειστά ιδρύματα υπάρχουν αρκετές ανάγκες οι οποίες αφορούν την ψυχική υγεία των

έγκλειστων (Andersen και συν. 2000, Konrad 2002, Franco & Friedman 2008, Schorer 1965, Wing 2000, Τσαλίκου 1989). Πολλές φορές άτομα που πρέπει να βρίσκονται σε ψυχιατρεία ούτως ώστε να βοηθηθούν καλύτερα βρίσκονται σε φυλακές οι οποίες δεν έχουν τις κατάλληλες υποδομές. Εάν λάβουμε υπόψη μας τις απαντήσεις που μας δόθηκαν βλέπουμε ότι όντως υπάρχουν αρκετά άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια, είτε είναι κατάθλιψη είτε σχιζοφρένεια κ.τ.λ. και υπάρχουν και κάποιοι άλλοι που ίσως να μην γνωρίζουν ότι πάσχουν από κάτι. Τα άτομα αυτά δεν έχουν την κατάλληλη βοήθεια όπως θα είχαν σε ένα ίδρυμα όπως είναι το ψυχιατρείο. Γενικότερα σε όλα σχεδόν τα σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας μερικοί από τους έγκλειστους θα ήταν καλύτερο να βρίσκονταν σε κάποια κλειστή ψυχιατρική δομή προκειμένου να αντιμετωπιστούν πιο αποτελεσματικά τα όποια προβλήματα εμφανίζουν στη συμπεριφορά τους. Πολλές φορές ένα άτομο που πάσχει από μια ψυχική διαταραχή δεν έχει την κατάλληλη βοήθεια σε ιδρύματα όπως είναι οι φυλακές.

7.1.3. Συνθήκες κράτησης

Παρατηρούμε ότι στην σχετική ερώτηση με το εάν εργάζονται ή όχι στο σωφρονιστικό κατάστημα, η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων (67,5%) απάντησε θετικά. Όσον αφορά την εργασία σε άλλη ερώτηση βλέπουμε πόσο σημαντικό είναι για τους έγκλειστους να περνά ο χρόνος τους ευχάριστα.

Πολύ σημαντική θεωρήσαμε και την ερώτηση που αναφέρεται στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι έγκλειστοι μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα. Από τις απαντήσεις βλέπουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αντιμετωπίζουν προβλήματα εξαιτίας του ότι είναι πολλά άτομα στα κελιά και πώς υπάρχει έλλειψη επικοινωνίας με τους συγκρατούμενους τους. Εάν υπήρχαν λιγότερα άτομα στα κελιά πολύ πιθανόν να μην υπήρχαν τα προβλήματα αυτά. Σαφώς, όταν ο χώρος είναι περιορισμένος και τα άτομα πολλά, υπάρχουν περισσότερες δυσκολίες τόσο σε πρακτικά θέματα αλλά και σε θέματα επικοινωνίας αφού ο κάθε άνθρωπος έχει ανάγκη από τον δικό του προσωπικό χώρο. Με τον υπερπληθυσμό χάνεται η ιδιωτικότητα του ατόμου, η ησυχία και η ψυχική ηρεμία που κάθε άνθρωπος αποζητά, παρουσιάζονται κίνδυνοι μόλυνσεων και όλα αυτά μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα και την αυτοκτονία (Council of Europe, 1993).

7.1.4. Σχέσεις με οικογένεια και φίλους

Από σχετική ερώτηση, βλέπουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων συναντιέται πολύ σπάνια ή και καθόλου με την οικογένεια τους. Από άλλη όμως ερώτηση φαίνεται ότι όσον αφορά το οικείο τους περιβάλλον, τα περισσότερα άτομα νιώθουν ότι παρά τον εγκλεισμό τους ότι οι γονείς, συγγενείς και φίλοι έχουν θετική στάση απέναντι τους, δείχνουν ενδιαφέρον και συμπαράσταση.

Όσον αφορά τις επισκέψεις που δέχονται οι κρατούμενοι βλέπουμε ότι σχεδόν το 50% των ερωτηθέντων απάντησαν πώς θέλουν να επιτραπεί να γίνουν πιο συχνές οι επισκέψεις ενώ σχεδόν το υπόλοιπο 50% πώς αδιαφορούν για το θέμα αυτό. Εάν δούμε και άλλες σχετικές ερωτήσεις που αναφέρονται στο θέμα των επισκέψεων, βλέπουμε ότι 17 άτομα έχουν πολύ σπάνια επισκέψεις κάτι το οποίο νομίζουμε ότι ευθύνεται για το ότι σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι αδιαφορούν για το να γίνουν πιο συχνές οι επισκέψεις. Παρόλα αυτά ίσως θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη βαρύτητα στο ότι 47,5% επιθυμεί πιο συχνές επισκέψεις. Το επισκεπτήριο για πολλούς είναι ο μόνος τρόπος επαφής τους με τον έξω κόσμο και συγκεκριμένα με την οικογένεια τους. Ίσως αυτό εκφράζει την ανάγκη τους για επικοινωνία με τους δικούς τους ανθρώπους. Η σχέση του ατόμου με την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον σαφώς συντελεί στην καλή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και αυτό γιατί έρχεται σε επαφή με τα κοντινά του πρόσωπα και νιώθει ότι τον στηρίζουν και είναι κοντά του παρόλο που δεν ζει την καθημερινότητα μαζί τους. Επομένως οι επισκέψεις των ατόμων αυτών είναι πολύ σημαντικές για τους εγκλειστούς.

7.1.5. Σχέσεις με συγκρατούμενους

Η σχέση με τους συγκρατούμενους είναι πολύ σημαντική αφού ζουν στο ίδιο περιβάλλον και αναγκάζονται να συναντιούνται καθημερινά. Εάν δούμε την ερώτηση που αναφέρεται στην σχέση του δείγματος με τους άλλους κρατούμενους βλέπουμε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (72,5%) απάντησε πώς η σχέση τους είναι πολύ καλή. Όπως αναφέρθηκε και στην ανάλυση των ερωτήσεων, εάν δούμε την ερώτηση αυτή συγκριτικά με την προηγούμενη (προβλήματα που αντιμετωπίζουν) βλέπουμε πώς παρόλο που στην μια αναφέρονται σε προβλήματα με τους συγκρατούμενους στην άλλη γράφουν για μια πολύ καλή σχέση. Ίσως αυτό έγινε επειδή δεν κατάλαβαν την ερώτηση ή γιατί φοβόντουσαν να απαντήσουν ειλικρινά σε μια από τις δύο ή και στις δύο. Λόγω του ότι δεν υπάρχουν άλλες ερωτήσεις που να

αναφέρονται στο θέμα αυτό, δεν μπορούμε να ξέρουμε τι από τα δύο ισχύει. Πάντως εάν σκεφτούμε τον υπερπληθυσμό που υπάρχει στα κελιά και γενικότερα στο συγκεκριμένο σωφρονιστικό ίδρυμα είναι λογικό να υπάρχουν προβλήματα στην καθημερινότητα τους και εντάσεις.

Ακόμη, εντύπωση μας έκανε και το γεγονός ότι πολλά άτομα σε σχετική ερώτηση αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον υπερπληθυσμό ή με άλλους κρατούμενους (52,5%) ενώ σε άλλη ερώτηση χαρακτηρίζουν τις συνθήκες κράτησης καλές ή ανεκτές (62,5%) και μόνο λίγα άτομα (25%) τις θεωρούν απαράδεκτες. Αυτό ίσως συμβαίνει εξαιτίας φόβου να χαρακτηρίσουν άσχημες τις συνθήκες κράτησης .

7.1.6. Άλλα θέματα

Κάτι άλλο που πρέπει να έχουμε υπόψη μας είναι ότι περίπου οι μισοί κρατούμενοι έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αυτό μπορεί να εξηγεί το γεγονός ότι ίσως να υπήρχαν μερικές ερωτήσεις που δεν ήταν κατανοητές σε αυτούς αλλά και το ότι υπήρχαν μερικές ασαφείς απαντήσεις. Αλλά εκτός αυτού, ίσως θα έπρεπε να δοθεί περισσότερη σημασία στο ότι τα μισά σχεδόν άτομα δεν έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Η μορφώση δίνει στον καθένα ξεχωριστά, ερεθίσματα για να βλέπει κάποια πράγματα ίσως καλύτερα, για να ξεχωρίζει το σωστό και το λάθος , για να αντιμετωπίζει τυχόν προβλήματα διαφορετικά κ.τ.λ.(καλύτερη διατύπωση αυτής της πρότασης). Όλα αυτά μας κάνουν να υποθέτουμε ότι ίσως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συντελεί στο να κάνουν οι άνθρωποι σοβαρά αδικήματα και να καταλήγουν σε φυλακές, χωρίς όμως αυτό να είναι και καθοριστικός παράγοντας.

7.2. Δυσκολίες – Συζήτηση

Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας που κάναμε με θέμα τη ψυχική υγεία των κρατουμένων στις φυλακές Αλικαρνασσού, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε πως αντιμετωπιστήκαμε με καχυποψία από τις φυλακές. Με την πρώτη επαφή που είχαμε η υπεύθυνη κοινωνική λειτουργός του πλαισίου, μας εξήγησε πως η πτυχιακή μας έχει πολύ δύσκολη θεματολογία αλλά μας δήλωσε πως θα είχαμε την υποστήριξη και τη βοήθειά της για ότι χρειαζόμασταν. Όμως στη συνέχεια ήταν αρνητική στο να συνεργαστεί για την προώθηση των ερωτηματολογίων που σχετίζονταν με την έρευνά μας.

Όταν είχαμε στα χέρια μας τον αριθμό του τελικού μας δείγματος (N=40), αντιλαμβανόμασταν ότι αυτό σήμαινε πώς το δείγμα μας είναι πολύ μικρό και πώς τα αποτελέσματα της έρευνας μας δεν θα ήταν αντιπροσωπευτικά, αλλά δεν μπορούσαμε να κάνουμε κάτι άλλο αφού καταβάλλαμε αρκετές προσπάθειες δίνοντας συνολικά μεγάλο αριθμό ερωτηματολογίων (350) και η παρουσία μας κατά την διάρκεια της έρευνας ήταν αδύνατη.

Γενικότερα και οι τρεις δουλέψαμε αρκετά ούτως ώστε να αναμέναμε ένα καλό αποτέλεσμα τόσο από το θεωρητικό όσο και από το ερευνητικό κομμάτι της πτυχιακής μας. Νιώθουμε ότι η προσπάθεια μας ήταν ικανοποιητική ακόμη και στην συλλογή των ερωτηματολογίων παρόλο που τελικά συγκεντρώθηκε ένας αρκετά μικρός αριθμός και αυτός μετά από πολλές δυσκολίες αφού όπως προαναφέρθηκε (τέταρτο κεφάλαιο) έγιναν 3 προσπάθειες για να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια.

7.3.Προτάσεις .

Από την έρευνά μας τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο προκύπτουν κάποιες προτάσεις που είναι σημαντικό να αναφερθούν γιατί θεωρούμε ότι συμβάλλουν στην καλύτερευση των συνθηκών κράτησης αλλά και γενικότερα σε μετέπειτα έρευνες που ίσως διεξαχθούν στο μέλλον.

Πιο συγκεκριμένα η μείωση των ατόμων στα κελιά κράτησης θα βοηθούσε στην καλύτερη διαβίωση των κρατουμένων και αυτό διότι θα είχαν περισσότερο προσωπικό χώρο. Επίσης η καλύτερευση των συνθηκών κράτησης θα ήταν ένα μεγάλο βήμα και αυτό γιατί τα άτομα θα μπορούσαν να καλύψουν τις ανάγκες τους καλύτερα και πληρέστερα ατομικά και συνολικά.

Ένα άλλο σημαντικό μέτρο για τη διατήρηση μιας καλής ψυχολογικής κατάστασης των κρατουμένων θεωρούμε ότι θα ήταν η πιο συχνή επαφή τους με αγαπημένα τους πρόσωπα. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με την αύξηση του αριθμού των

επισκεπτηρίων. Κάτι τέτοιο δεν θα απομάκρυνε τους κρατούμενους από το οικογενειακό περιβάλλον και οι ίδιοι θα μπορούσαν να μιλούν για θέματα που τους απασχολούν.

Επίσης σημαντικό είναι να αναγνωριστούν οι πραγματικές ανάγκες των κρατουμένων προκειμένου να δρομολογηθούν διαδικασίες κάλυψής τους. Άλλωστε η μη κάλυψη – ακόμη και βασικών – αναγκών των εγκλείστων δημιουργεί σωρεία προβλημάτων και εκρήξεων μέσα στους χώρους των φυλακών.

Ακόμα η δημιουργική απασχόληση των κρατουμένων μέσα στο χώρο των φυλακών είναι απαραίτητη και αυτό διότι θα βοηθούσε τους ίδιους να περνούν τον χρόνο τους ευχάριστα και να παίρνουν νέες γνώσεις και να αποκτούν δεξιότητες που θα τους χρησιμεύσουν. Η απασχόληση των κρατουμένων συμβάλλει στην ηθική ικανοποίηση ότι προσφέρει και δημιουργεί πράγματα ο ίδιος. (ασαφής η τελευταία πρόταση, καλύτερη διατύπωση)

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι είναι η παροχή σε 24ωρη βάση ιατρικής περίθαλψης από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό. Έτσι θα αντιμετωπίζεται εγκαίρως κάθε πρόβλημα που τυχόν προκύπτει σε θέματα υγείας των κρατουμένων. Επίσης η αύξηση των προγραμμάτων πρόληψης αυτοκτονιών αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα που πρέπει να απασχολήσει τη διοίκηση των σωφρονιστικών καταστημάτων. Επιπρόσθετα, η μεταφορά ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για την κάλυψη των αναγκών και την προσφορά βοήθειας σε κάθε περίπτωση.

Τέλος μεγάλης σημασίας θεωρούμε ότι είναι οι μελλοντικές έρευνες που θα πραγματοποιηθούν στο χώρο των φυλακών. Η άμεση πρόσβαση και επικοινωνία με τους κρατούμενους είναι οπωσδήποτε ζητούμενο καθώς θα διευκόλυνε σε πολλά σημεία την όλη ερευνητική διαδικασία και την εξαγωγή σημαντικών και γενικεύσιμων

αποτελεσμάτων. Ένα τελευταίο στοιχείο που θεωρούμε άξιο μελέτης είναι πως μπορούν και προμηθεύονται ουσίες (ναρκωτικά, αλκοόλ) σε ένα κλειστό σφραγιστικό κατάστημα που τα μέτρα φύλαξης είναι τόσο αυστηρά. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει θέμα για μια μελλοντική έρευνα .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδης, Σ. (1993) Σωφρονιστική. Θεσσαλονίκη: Σάκουλα

Αλεξιάδης Σ., (2004) *Εγκληματολογία*, Δ΄ έκδοση, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: Σάκκουλας

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

Καλλινικάκη, Θ.,(1998). Κοινωνική Εργασία. Εισαγωγή στη θεωρία και στην πρακτική της Κ.Ε. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Κλεφταράς Γ.(1998).Η κατάθλιψη σήμερα. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Κουράκης και συν., (1995) *Ποινικά*, Αθήνα εκδόσεις Σακκουλά

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Αθήνα (1999), τεύχος πρώτο

Λαμπροπούλου Ε., (1994) *Κοινωνικός Έλεγχος του εγκλήματος*, Αθήνα εκδόσεις Παπαζηση

Μάνος, Ν. (1988). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Μάνου Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία: Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών.

Maurise Cuson, (2002) *Σύγχρονη εγκληματολογία*, Αθήνα Νομική βιβλιοθήκη

Michel Foucault, (1976) *Επιτήρηση και τιμωρία, η γέννηση της φυλακής*. Αθήνα, εκδόσεις Ραππά

Παλαιολόγου, Α., Μ. (2001). Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαγιάννης Α. (2003) Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία : μιλώντας με τον άρρωστο. Αθήνα : university studio press

Παπαγιάννης Α. (2006) Ιατρικά παραλληλήματα. Αθήνα : university studio press

Παπακωσταντής Γ. , (2006) Στοιχεία εγκληματολογίας και αντεγκληματικής πολιτικής, εκδόσεις Σακκουλά

Pervin & John (2001). Θεωρίες προσωπικότητας : Έρευνα και εφαρμογές. Αθήνα: Εκδόσεις [Τυποθήτω](#).

Reyrefitte A., (1981) *Le chevaux du lac ladoga*, Παρίσι εκδόσεις Plon

Σταμάτη, Α.- Μεσημέρι (1991). *Η ψυχολογία των ναρκωτικών*. Αθήνα : Ταμάσσο

Σταθόπουλου Π.Α.(2003). Κοινωνική πρόνοια. Αθήνα: εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Στεφανής Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας.(1993/1997). *ICD 10*. Αθήνα: Βίβητα

Τζάφφη, Τ. Πήτερσον, Ρ.Χόντσον Ρ.(1981) *Ναρκωτικά –Τσιγάρο-Αλκόολ*. Αθήνα: Ψυχογίος

Τσαλίκολου, Φ. (1989). Μυθολογίες Βίας και Καταστολής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Υπουργείο Δικαιοσύνης (2003), *Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας γενικών καταστημάτων κράτησης τύπου Α & Β (Φ.Ε.Κ.Β'463/17-04-2003)*, Αθήνα :Υπουργείο Δικαιοσύνης.

Φαρσεδάκης Ιάκωβος, (1990) *Η εγκληματολογική σκέψη απ' την αρχαιότητα ως τις μέρες μας*, Αθήνα Νομική βιβλιοθήκη

Frederic F., Flach .M.D. (1974). *Κατάθλιψη: Η μυστική της δύναμη*. Αθήνα: Δίοδος

Ξενόγλωσση:

Andersen, H., S., Sestoft, D., Lillebæk, T., Gabrielsen, G., & Kramp, P. (1996). «Prevalence of ICD-10 psychiatric morbidity in random samples of prisoners on remand» International Journal of Law and Psychiatry. 19,(1), σελ.: 61-74.

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., Gabrielsen, G., & Hemmingsen, R., & Kramp, P. (2000). «A longitudinal study of prisoners on remand: psychiatric prevalence, incidence and psychopathology in solitary vs. non-solitary confinement», Acta Psychiatrica Scandinavica, 102, σελ.: 19-25.

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.

Andersen, H., S., Sestoft, D., Lillebæk, T., Gabrielsen, G., & Hemmingsen, R. (2003). «A longitudinal study of prisoners on remand: repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary versus nonsolitary confinement», International Journal of Law and Psychiatry, 26, σελ.: 165-177.

Bartol, C.R., (1995), *Criminal Behaviour, a psychosocial approach*, 4th Edition, Prentice Hall Publications, New Jersey

Bland, R., C., Newman, S., C., Thompson, A., H., & Dyck, R., J. (1998). «Psychiatric disorders in the population and in prisoner», International Journal of Law and Psychiatry, 21, (3), σελ.: 273-279.

Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). «Mental disorders in European prison systems», International Journal of Law and Psychiatry, 23,(5-6), σελ.: 649-663.

Blackburn, R., (2004), “*What works*” with the mentally disordered offenders?, *Psychology, Crime and Law*, 10 (3), 297 – 308.

Blackburn, R., (1993), *The Psychology of Criminal Conduct, Theory, Research and Practice*, John Wiley and Sons, New York, (reprinted 2000).

Bock, M., (2000), *Kriminologie*, 2. Aufl., Verlag Franz Vahlen, München.

Brooke, D., Taylor, C., Gunn, J. & Maden, A. (1996). «Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and Wales», British Medical Journal, 313, σελ.: 1524-1527.

Brown, Al., (2003), *From individual to social defences in psychosocial criminology*, *Theoretical Criminology*, 7 (4), 421-437.

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

Engel, R., Silver, Er., (2001), *Policing mentally disordered suspects, a re-examination of the Criminalization Hypothesis*, *Criminology*, 39 (2), 225 – 251.

Gatti, Ub., (1998), *Problems in evaluating Psychosocial Intervention in Criminology*, in *Festschrift für Kaiser, G.*, her. Von Albrecht, H. - J., Duncker & Humblot, Berlin, 71 – 84.

Griffith, J., & Steptoe, A. (2000). Prison. In G. Fink (Ed) Encyclopedia of Stress. California: Academic Press.

Gunn, J., Robertson, G., Dell, S., & Way, S. (1978). Psychiatric Aspects of Imprisonment. London: Academic Press Inc

Gunn, J., Maden, A., & Swinton, M. (1991). «Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders», British Medical Journal, 303, σελ.: 338-341

Hjelle, L. A., Ziegler, D.J., (1992), *Personality Theories, Basic Assumptions, Research and Applications*, 3rd Edition, McGraw – Hill, Inc..

Kaiser, G., Schöch, H., (2003), *Strafvollzug*, C. F. Müller, Heidelberg.

Konrad, N. (2002). Prisons as New Asylums. Current Opinions in Psychiatry.

Lamb, H., R., Weinberger, L., E., & Gross, B., H. (2004). «Mentally ill persons in the criminal justice system: some perspectives», Psychiatric Quarterly, 75,(2), σελ.: 107-126.

Lindquist, C., H., & Lindquist, C., A. (1997). «Gender differences in distress: mental health consequences of environmental stress among jail inmates», Behavioral Sciences and the Law, 15, σελ.: 503-523.

Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review. *Arch Int Med*. 2006;166:1359-1367.

Nangle, D., et al., (2002), *Social skills training as a treatment for aggressive children and adolescents, a developmental – clinical integration*, Aggression and Violent Behaviour, 7, 169 – 199.

Nurse, J., Woodcock, P., & Ormsby, J. (2003). «Influence of environmental factors on mental health within prisons: Focus group study», British Medical Journal, 327, σελ.: 480-484, 327 , 480

Tetrault JM, Crothers K, Moore BA, Mehra R, Concato J, Fiellin DA. Effects of marijuana smoking on pulmonary function and respiratory complications: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2007;167:221-228.

Siegel, L. J., (2005), *Criminology, The core*, 2nd Edition, Thomson Wadsworth, Belmont.

Siegel, L. J., (2005), *Juvenile Delinquency, The core*, 2nd Edition, Thomson Wadsworth, Belmont.

Sukhodolsky, D.G., et al., (2004), *Cognitive – behavioural therapy for anger in children and adolescents, a meta – analysis*, *Aggression and Violent Behaviour*, 9, 247 – 269.

Weisman, A. (2000). *Mental Illness Behind Bars*. In J. P. May & K. R. Pitts (Eds) *Building Violence* . California: Sage Publications Inc.

Wing, J. (2000). «Institutionalism and institutionalization», The Journal of Forensic Psychiatry, 11,(1), σελ.: 7-10.

Wormith, J., S. (1995). *The Controversy Over the effects of Long-Term Incarceration*. In T. J. Flanagan (Ed) *Long-Term Imprisonment: Policy, Science and Correctional Practice* . California: Sage Publications Inc.

Από το διαδίκτυο:

Αγγελοσοπούλου & Τάκης (2008), Αγχώδεις διαταραχές στο <http://www.iatronet.gr/article.asp?artid=172> (πρόσβαση στις 10.10.07)

Βικιπαίδεια (2008), Αυτοκτονία στο <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CF%85%CF%84%CE%BF%CE%BA%CF%84%CE%BF%CE%BD%CE%AF%CE%B1> (πρόσβαση στις 20.11.08)

Βουρέκας Κ. και Ελευθεριάδης Χ.,(2004) *Φυλακές ειδικής νομιμότητας* στο www.iospress.gr (πρόσβαση στις 13/07/08)

Γρηγοράκος (2008). *Οχι πειραματισμούς με την αιθανόλη* στο http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=4300 (πρόσβαση στις 25.12.08)

Γρήγορης (2004), *Ναρκωτικά* στο <http://web4health.info/el/answers/add-drugs.htm> (πρόσβαση στις 18.02.08)

Δάδης Χ. (δικηγόρος) και Καλαϊτζίδης Γ.(πρώην κρατούμενος), (2007), *Φυλακές Παντού Δικαιοσύνη πουθενά* στο www.nopasaran-ao.blogspot.com, πρόσβαση στις 19/09/08

Δασκαλάκης Χ., (1985), *Η μεταχείριση του εγκληματία* στο www.homepages.pathfinder.gr (πρόσβαση στις 1/09/08)

Δομάζου Ιωάννης,(2007), *Ιστορική εξέλιξη στο θεσμό της Φυλάκιση* στο www.selyouonthebarricodes.blogspot.com (πρόσβαση στις 26/11/08)

Δημήτρης Χ.,(2008), *Γκουαντανάμο φυλακές και κρατητήρια* στο www.madseeds.com, πρόσβαση στις 8/2/08

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2004), Επικράτηση της συννοσηρότητας στις θεραπευτικές υπηρεσίες στο <http://ar2004.emcdda.europa.eu/el/page123-el.html> (πρόσβαση στις 05.11.07)

Ε.Ε.Δ.Α,(2007) Άρθρο για τα δικαιώματα των φυλακισμένων στο www.nchr.gr, (πρόσβαση στις 15/11/08)

Ζερβάς Χ,(2007) *Οι φυλακές του σήμερα*, στο www.enet.gr (πρόσβαση στις 10/12/08)

Καθημερινή,(2008), *Ελλάδα και έξαρση της εγκληματικότητας* στο www.newskathimerini.gr (πρόσβαση στις 13/07/08)

Καρεκλάκη (2008), Έθνος στο www.ethnos.gr/article.asp?catid=5348&subid=2&pubid=129987 (πρόσβαση στις 10.10.08)

Κοτανίδης(2006),Αγχώδεις διαταραχές στο www.psychologia.gr/disorders/anxiety%20disorders.htm(πρόσβαση στις 20.06.08).

Κωνσταντουδάκη Ε.(2007), Αγωνία και νέα μέτρα για τις φυλακές στο www.e-tipos.com/newsitem?id=7007 (πρόσβαση στις 02.05.08).

Medlook(2001), Σχιζοφρένεια στο http://www.medlook.net/article.asp?item_id=801 (πρόσβαση στις 10.12.07)

Νικολακάκης Γ., (1996) *Βεντέτα*, στο www.stigmes.gr, (πρόσβαση στις 06/08/08)

OKANA (2008), Πρόληψη στο www.okana.gr (πρόσβαση στις 10.02.08)

Πανάγος, (2008),Πρωτοβουλία για τα δικαιώματα των κρατουμένων στο www.athens.Indymedia.org (πρόσβαση στις 17/10/08)

Παπαδοπούλου Χ,(2003) *Ζητήματα σχετικά με τα δικαιώματα των κρατουμένων* στο www.nchr.gr (πρόσβαση στις 2/12/08)

Σκάι (2007), Εξέγερση στις φυλακές Αλικαρνασσού στο www.skai.gr/master_story.php?id=58304 (πρόσβαση στις 20.05.08)

Σωτηρχού Ιωάννα (2006). Κάθε θάνατος στην φυλακή είναι θάνατος στα χέρια του κράτους στο www.enet.gr/online/online_obj?pid=95&tp=T&id=21177420 (πρόσβαση στις 20.12.08)

Φιλελεύθερη λαλιά,(2008) *Σωφρονιστικά καταστήματα*, στο www.wordpress.com, (πρόσβαση στις 20/11/08)

Franco, Friedman (2008), Ganser Syndrome στο www.clevelandclinic.org/health /health-info/docs/2800/2823.asp?index=9835 (πρόσβαση στις 12.06.08)

Φυτράκης Σ.,(2004),*Αναφαίρετα δικαιώματα εσώκλειστων* στο www.newskathimerini.gr (πρόσβαση στις 21/05/08)

Χριστόδουλου (2008), Η πύλη της ψυχολογίας στο www.e-psychology.gr/index.php?option=com_content &task=view&id=105&Itemid (πρόσβαση στις 12.02.08)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Τα ναρκωτικά σε ελληνικά σωφρονιστικά ιδρύματα

Λόγω της αναφοράς μας στα ναρκωτικά, θεωρήσαμε σκόπιμο στο σημείο αυτό να αναφερθούμε σε διάφορα περιστατικά που έλαβαν χώρα σε σωφρονιστικά ιδρύματα της χώρας μας τα οποία είναι σχετικά με ναρκωτικά. Το 2007 έγιναν αναφορές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για γεγονότα που συνέβησαν σε φυλακές της Νέας Αλικαρνασσού και του Αγίου Στεφάνου Πατρών τα οποία σχετίζονται με την χρήση ναρκωτικών.

Στις 31.08.2007 έγινε εξέγερση στις φυλακές Νέας Αλικαρνασσού, ως ένδειξη διαμαρτυρίας για τον έλεγχο που επιχείρησαν σωφρονιστικοί υπάλληλοι σε κρατούμενο ο οποίος επέστρεφε στην φυλακή. Οι υπάλληλοι είχαν πληροφορίες ότι ο κρατούμενος είχε καταπιεί ηρωίνη ούτως ώστε να την εισάγει στο σωφρονιστικό κατάστημα και έτσι του πρότειναν να μεταφερθεί στο Βενιζέλειο νοσοκομείο προκειμένου να υποβληθεί σε εξετάσεις για να διαπιστωθεί αν οι πληροφορίες που είχαν ήταν αλήθεια ή όχι. Ο ίδιος αρνήθηκε και όταν οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι τον οδήγησαν στο πειθαρχείο της φυλακής οι υπόλοιποι κρατούμενοι βγήκαν από τα κελιά τους και ανέβηκαν στην ταράτσα. Αμέσως έσπευσε ο εισαγγελέας, προκειμένου να κάνει διαπραγματεύσεις με τους κρατούμενους (ΣΚΑΪ, 2007).

Παρακάτω ακολουθεί απόσπασμα από άρθρο που δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα «Έθνος» και που αφορά το πιο πάνω γεγονός.

✓ «Υπό τον πλήρη έλεγχο μεγάλου αριθμού κρατουμένων που εξεγέρθηκαν το βράδυ της περασμένης Παρασκευής, βρέθηκε τις τελευταίες 36 ώρες το σωφρονιστικό κατάστημα των κλειστών φυλακών Αλικαρνασσού. Η κατάληψη έληξε χθες στις 8 το πρωί όταν διμοιρίες των ΕΚΑΜ που είχαν φτάσει την προηγούμενη ημέρα με c-130 από την Αθήνα αλλά και ΜΑΤ από το Ηράκλειο, παρατάχθηκαν στον προαύλιο χώρο της

φυλακής και έδωσαν τηλεσίγγραφο στους εξεγερμένους να παραδώσουν τον οπλισμό τους και να μπου στα κελιά...

Η εικόνα που αντίκρισαν αστυνομικοί και σωφρονιστικοί υπάλληλοι εισερχόμενοι στο κτίριο των φυλακών ήταν αυτή της πλήρους διάλυσης. Καμένα δωμάτια και κάμερες, κατεστραμμένες πόρτες και αποθήκες, βομβαρδισμένα μαγειρεία, σπασμένα τζάμια, ξηλωμένα καλώδια και σωλήνες. Ούτε καν νερό δεν υπάρχει, καθώς οι εξεγερμένοι εκσφενδόνισαν εναντίον των αστυνομικών όλα τα βαρέλια νερού που ήταν τοποθετημένα στην ταράτσα του κτιρίου για τροφοδοσία της φυλακής...

Περισσότεροι από 100 έγκλειστοι έσπασαν τα λουκέτα στις πόρτες και ανέβηκαν στην ταράτσα του κτιρίου βάζοντας φωτιές. Στη συνέχεια λεηλάτησαν τις αποθήκες, ενώ έκαναν έφοδο και στα εργαστήρια των φυλακών προκειμένου να εξοπλιστούν με αντικείμενα που θα τους ήταν χρήσιμα για την κατασκευή αυτοσχέδιων όπλων. Οι διαπραγματεύσεις με τη Διεύθυνση των φυλακών και με τους αρμόδιους εισαγγελείς ήταν αδιέξοδες.

Η αναταραχή στις φυλακές προκάλεσε πανικό στους περιοίκους καθώς το σωφρονιστικό κατάστημα βρίσκεται μέσα σε πυκνοκατοικημένη περιοχή και, όπως έλεγαν χαρακτηριστικά οι κάτοικοι, είναι ακόμη νωπές οι μνήμες όταν κρατούμενοι που δραπέτευσαν ύστερα από εξέγερση βρήκαν καταφύγιο στα σπίτια τους.» (Καρεκλάκη,2008:1)

Επεισόδια με τα ναρκωτικά δεν αντιμετώπισε μόνο η κλειστή φυλακή της Νέας Αλικαρνασσού, αφού τον Αύγουστο του 2007 (09-08-07) στην φυλακή Αγίου Στεφάνου Πατρών έγινε επεισόδιο με ρίξεις ναρκωτικών. «Με αυτοσχέδιες σφεντόνες "επιχειρούν ρίψεις" ναρκωτικών στο προαύλιο χώρο της φυλακής Αγίου Στεφάνου Πατρών, μέλη

των κυκλωμάτων διακίνησης ναρκωτικών ουσιών. Την Τετάρτη συνελήφθη ένας 18 χρόνος αλλοδαπός που επιχείρησε να ρίξει εντός της φυλακής, με ξύλινη σφεντόνα, ποσότητα 74,8 γραμμαρίων ηρωίνης. Στον προαύλιο χώρο της φυλακής βρέθηκαν ακόμη τέσσερις συσκευασίες, που περιείχαν ηρωίνη συνολικού βάρους 109 γραμμαρίων» (ΣΚΑΪ, 2007).

Τελειώνοντας, το υποκεφάλαιο αυτό θα θέλαμε να αναφερθούμε σε μια εγκύκλιο που στάλθηκε την 1^η Αυγούστου 2007 από το υπουργείο Δικαιοσύνης προς τους διευθύνοντες όλων των φυλακών με θέμα «Έρευνες στους χώρους των καταστημάτων κράτησης».

Στην συγκεκριμένη εγκύκλιο αναφέρθηκαν οι συχνές προσπάθειες εισαγωγής ναρκωτικών ουσιών σε σωφρονιστικά καταστήματα και τονίσθηκε ότι σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας Καταστημάτων Κράτησης, όσο και του Προεδρικού Διατάγματος 215/2006, περί Κανονισμού Οργάνωσης και Λειτουργίας της Υπηρεσίας Εξωτερικής Φρούρησης Καταστημάτων Κράτησης, πρέπει να γίνονται τακτικές και έκτακτες έρευνες σε όλους τους χώρους της φυλακής, στους νεοεισερχόμενους κρατούμενους και στις αποσκευές τους. Επίσης, παρότρυνε τους διευθυντές των σωφρονιστικών ιδρυμάτων για έρευνες σε όλους όσους επιστρέφουν στο ίδρυμα είτε από άδειες είτε από δίκες και να γίνονται καθημερινοί έφοδοι στα κελιά τους .

Επίσης, τονίσθηκαν και διάφορα σχετικά μέτρα που μελετά το υπουργείο Δικαιοσύνης.

«- Η αυστηροποίηση του ελέγχου κατά τη διάρκεια των επισκεπτηρίων. Η εγκατάσταση καμερών, όχι μόνο στα κελιά των κρατουμένων, αλλά και στους χώρους όπου οι φυλακισμένοι δέχονται τους συγγενείς τους και τους δικηγόρους τους.
- Ενίσχυση στα περίπολα των ανδρών της εξωτερικής φρουράς, στον προαύλιο χώρο, αλλά και γύρω από τις φυλακές.

- Προμήθεια νέων μηχανημάτων ανίχνευσης ναρκωτικών, αφού μέχρι σήμερα τα μόνα που λειτουργούν είναι τα γνωστά «σκουπάκια». Ήδη στις ανδρικές φυλακές Κορυδαλλού μεταφέρθηκε το μηχάνημα ανίχνευσης ναρκωτικών που είχε αγοραστεί και τοποθετηθεί στην είσοδο της πύλης, όπου γινόταν η δίκη των μελών της 17Ν. Από το μηχάνημα αυτό είναι πλέον υποχρεωμένοι να «περνούν» και οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι. Σύμφωνα με καλά πληροφορημένες πηγές, οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι σε διάφορες φυλακές είχαν αντιδράσει και ζητούσαν να μην... ακτινογραφούνται από τα μηχανήματα» ([Κωνσταντουδάκη](#), 2007:1).

Ιδιαίτερη εντύπωση μας έκανε ένα κομμάτι από την εγκύκλιο που αναφερόταν στο ότι κάποιοι κρατούμενοι βεβαιώνουν ότι τα ναρκωτικά κυκλοφορούν ελεύθερα στα σωφρονιστικά ιδρύματα. «Κάποιοι κρατούμενοι, πάντως, βεβαιώνουν ότι «τα ναρκωτικά κυκλοφορούν ελεύθερα για να βρίσκονται σε καταστολή οι έγκλειστοι». Ο τζίρος; Ούτε 300.000 ούτε 600.000 ευρώ. Σύμφωνα με αντεισαγγελέα Εφετών, ο οποίος επέπτευε επί μεγάλο χρονικό διάστημα τις φυλακές Κορυδαλλού, ο τζίρος των ναρκωτικών ξεπερνά τα 30 εκατ. ευρώ. Ποσό που αλλάζει χέρια από την απαγορευμένη, κατά τα λοιπά, διακίνηση εντός των σωφρονιστικών ιδρυμάτων» ([Κωνσταντουδάκη](#), 2007:3)

Ερωτηματολόγιο.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο αυτό προορίζεται για την εκπόνηση της πτυχιακή μας εργασίας, στο τμήμα κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης. Τα στοιχεία που θα αναγραφούν είναι απόρρητα. Θα μας βοηθήσετε ιδιαίτερα με την συμπλήρωση αυτών των ερωτηματολογίων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την βοήθεια και τον χρόνο που αφιερώσατε.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

1. Έτος γέννησης :

1α. Που γεννηθήκατε;

Χωριό	
Κωμόπολη	
Πόλη	
Μεγαλούπολη	
Αλλοδαπή	

2. Που μεγαλώσατε ;

Χωριό	
Κωμόπολη	
Πόλη	
Μεγαλούπολη	
Αλλοδαπή	

3. Με ποιους μεγαλώσατε;

Με πατέρα και μητέρα (φυσικούς γονείς)	
Μόνο με πατέρα	
Μόνο με μητέρα	
Με αδέρφια	
Με παππού ή και γιαγιά	
Σε ίδρυμα ανηλίκων	
Σε άλλο ίδρυμα (π.χ. στέγες , ορφανοτροφείο κ.τ.λ.)	
Με θετό πατέρα και θετή μητέρα	
Με θετή μητέρα (μόνο)	
Με θετό πατέρα (μόνο)	
Με πατριό ή μητριά	

Με πατριό ή μητριά και φυσικό γονέα	
-------------------------------------	--

4. Τι από τα παρακάτω είστε:

Έγγαμος	
Άγαμος	
Σε διάσταση	
Διαζύγιο	
Χήρος	

5. Έχετε παιδιά:

Ναι	
Όχι	

Αν ναι, πόσα;

6) Πόσο συχνά συναντιέστε με την οικογένειά σας;

Τρεις φορές την εβδομάδα	
Δύο- Μια φορά την εβδομάδα	
Μια φορά τον μήνα	
Ποτέ	

Β' Μορφωτικό επίπεδο:

7) Επίπεδο εκπαίδευσης:

Αναλόφαβητος	
Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
Ανώτερες Σπουδές	

Γ' Εργασία πριν τον εγκλεισμό:

8) Έχετε δουλέψει ποτέ;

Ναι	
Όχι	

9) Αλλάζατε συχνά αντικείμενο εργασίας;

Ναι	
Όχι	

Αν ναι , για ποιόν λόγο;

Κακές σχέσεις με τον εργοδότη	
Κακές συνθήκες εργασίας	
Μικρή αμοιβή	
Έλλειψη ενδιαφέροντος	
Προσωπικοί ή άλλοι λόγοι (π.χ. ποινικό μητρώο, χρήση ναρκωτικών)	

10) Ποιο ήταν το επάγγελμα σας πριν τον τελευταίο σας εγκλεισμό;

Ανεργος	
Εισοδηματίας	
Ελεύθερος επαγγελματίας	
Άλλο	

Δ' Σχέσεις με την δικαιοσύνη:

11) Σας έχει επιβληθεί κάποιο άλλο μέτρο (ποινή) στο παρελθόν;

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι, ποιο και πόσες φορές;

Εάν όχι προχωρήστε στην ερώτηση 13.

12) Πόσων χρονών ήσασταν όταν σας επιβλήθηκε για πρώτη φορά κάποιο μέτρο;

13) Σε ποια ηλικία μπήκατε για πρώτη φορά σε σωφρονιστικό κατάστημα;

14) Για ποιο λόγο βρίσκεστε στο σωφρονιστικό κατάστημα;

Ανθρωποκτονία	
---------------	--

Οικονομικό έγκλημα	
Ναρκωτικά	
Οπλοκατοχή- οπλοχρησία	
Άλλο (ποιό είναι αυτό;)	

15) Πόσα έτη είστε στη φυλακή;

Ε' Συνθήκες κράτησης:

16) Εργάζεστε ή απασχολείστε με κάποιο τρόπο στο σωφρονιστικό κατάστημα;

Ναι	
Όχι	

16α) Εάν όχι, θα θέλατε να εργάζεστε;

Ναι	
Όχι	

16β) Εάν ναι, κυρίως τι δουλειά κάνεις;

Μάγειρας	
Καθαριστής	
Εργασίες τεχνικού χαρακτήρα	
Άλλο(φαρμακείο, κ.τ.λ.)	

17) Γιατί εργάζεστε ή θα θέλατε να εργάζεστε; (Σημειώστε τις δύο βασικότερες προτιμήσεις)

Για γρήγορη απόλυση(σε συνδυασμό με επίδειξη καλής αγωγής)	
Για να νιώθω ότι με εκτιμούν οι άλλοι	
Για να μάθω κάποια δουλειά	
Για να περνά ο χρόνος πιο ευχάριστα	

18) Πως περνάτε τον ελεύθερο χρόνο σας συνήθως; (Σημειώστε δύο προτιμήσεις)

Αθλητισμό	
-----------	--

Τηλεόραση, ραδιόφωνο	
Επιτραπέζια παιχνίδια, χαρτιά	
Βόλτες στο προαύλιο και συζήτηση με άλλους κρατούμενους	
Διάβασμα, γράψιμο	
Καλλιτεχνικές δραστηριότητες	
Κάτι άλλο(π.χ. τηλεφωνήματα)	
Τίποτα	

19) Συμμετέχετε σε κάποια ομάδα μέσα στη φυλακή;

Αθλητισμού	
Εργαστήρια ξυλογλυπτικής	
Κεραμικής	
Άλλα	

Αν όχι γιατί;

20) Οργανώνονται πολιτιστικές εκδηλώσεις στο σωφρονιστικό κατάστημα;

Συχνά	
Μερικές φορές	
Σπάνια	
Ποτέ	

21) Γίνονται κάποια μαθήματα στο σωφρονιστικό κατάστημα τα οποία παρακολουθείτε;

Αν ναι, ποια; Σας ωφέλησαν;

22) Ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα:

23) Ποια είναι η σχέση σας με τους άλλους κρατούμενους;

24) Ποια η σχέση σας με το προσωπικό φύλαξης;

25) Πως κρίνετε τις συνθήκες κράτησης στο σωφρονιστικό κατάστημα;

Καλές	
Ανεκτές	
Απαράδεκτες	
Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	

Ζ' Σχέσεις με το οικείο περιβάλλον.

26) Ποια επίδραση έχει ο εγκλεισμός σας στις σχέσεις με το οικείο σας περιβάλλον;

Γονείς

Αρνητική, απορριπτική στάση	
Θετική, ενδιαφέρον συμπαράσταση	
Αδιάφορη, ουδέτερη	
Άλλο	

Συγγενείς

Αρνητική, απορριπτική στάση	
Θετική, ενδιαφέρον συμπαράσταση	
Αδιάφορη, ουδέτερη	
Άλλο	

Φίλοι

Αρνητική, απορριπτική στάση	
Θετική, ενδιαφέρον συμπαράσταση	
Αδιάφορη, ουδέτερη	
Άλλο	

27) Υπάρχουν κάποια άτομα που θεωρείτε δικούς σας ανθρώπους;

Συγγενείς	
Παλιούς γνώριμους από προηγούμενο εγκλεισμό	
Συγκρατούμενοι	
Κανένα	

28) Έχετε επισκέψεις κατά το επισκεπτήριο(πλην του δικηγόρου);

Συχνά	
Μερικές φορές	
Σπάνια	
Ποτέ	

29) Εάν νάι, ποιοι σας επισκέπτονται περισσότερο;

Γονείς	
Αδέρφια	
Σύντροφος	
Φίλοι	
Άλλο	

30) Θα θέλατε να επιτραπεί να γίνουν πιο συχνές οι επισκέψεις;

Ναι	
Όχι	
Αδιαφορώ	

31) Αλληλογραφείτε με πρόσωπα του περιβάλλοντος σου;

Συχνά	
Μερικές φορές	
Σπάνια	
Ποτέ	

Η' Κατάσταση υγείας.

32) Ποια από τα παρακάτω θα θέλατε να υπάρχει μέσα στο σωφρονιστικό κατάστημα:

Ιατρικό προσωπικό	
Φυσιοθεραπεία	
Ψυχαγωγικά Προγράμματα	

Χώροι συνάντησης	
------------------	--

33) Ποιες άλλες υπηρεσίες θα διευκόλυναν την καθημερινότητά σας;

34) Κατά την άποψή σας η παρουσία του ιατρικού προσωπικού είναι επαρκής, εάν όχι γιατί;

35) Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα κάποιο πρόβλημα υγείας;

Ναι	
Όχι	

36) Αντιμετωπίζετε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα υγείας;

Υπέρταση	
Σακχαρώδης Διαβήτης	
HIV (AIDS)	
Αλκοολισμός	
Σχιζοφρένεια	
Κατάθλιψη	

37) Σας χορηγείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή για το πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;

Ναι	
Όχι	

38) Πόσο καιρό σας χορηγείτε η συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή;

39) Πόσο συχνά επισκέπτεστε το γιατρό των φυλακών;

40) Άλλα προβλήματα υγείας που τυχόν αντιμετωπίζετε;

41) Έχετε ανάγκη για νοσηλευτική βοήθεια;

Ναι	
Όχι	

42) Ανάγκη για Νοσηλευτική Βοήθεια

Έλεγχος λήψης φαρμάκων	
Λήψη τυχόν αντικαταθλιπτικών	
Μέτρηση πίεσης	
Μέτρηση Σακχάρου	
Άλλο	

43) Τι σας προσφέρει η Κοινωνική Υπηρεσία;

Ψυχολογική υποστήριξη	
Συμβουλές	
Παραπομπή περιπτώσεων με προβλήματα υγείας σε άλλες υπηρεσίες	
Φροντίζει για την ψυχαγωγία σας	
Άλλο	

44) Έχετε ανάγκη για κατανόηση και υποστήριξη από:

Οικογένεια	
Φίλους	

Συγγενείς	
Κανένα	

45) Σε ποιο βαθμό σας προσφέρουν υποστήριξη;

	Πολύ	Λίγο	Καθόλου
Οικογένεια			
Φίλους			
Συγγενείς			
Κανένα			

46) Σε ποιο τομέα χρειάζεστε περισσότερη υποστήριξη;

Συναισθηματικός	
Κοινωνικός	
Ψυχολογικός	

Θ' Κατάσταση ψυχικής υγείας:

47) Παρακολουθήστε από κάποιο ψυχολόγο ή ψυχίατρο;

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι για πιο λόγο;

48) Πόσο διάστημα παρακολουθήστε;

49) Οι επισκέψεις σας στον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο γίνονται και πριν τον εγκλεισμό σας στην φυλακή;

Ναι	
Όχι	

50) Θεωρείτε ότι ο εγκλεισμός σας έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζετε;

**58) Εάν δεν παρακολουθήσετε από κάποιο ειδικό, θεωρείτε ότι ίσως το χρειάζεστε;
Εάν ναι για ποιο λόγο;**

59) Παίρνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή; Εάν ναι για ποιο λόγο;

Εάν ναι, πότε σας συνέστησε ο γιατρός σας πριν ή μετά τον εγκλεισμό;

60) Αισθάνεστε κουρασμένος χωρίς ιδιαίτερο λόγο;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

61) Αισθάνεστε έντονο αίσθημα θλίψης χωρίς ιδιαίτερο λόγο;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

62) Έχετε εναλλαγές στην όρεξη για το φαγητό;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	

Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

63) Έχετε έντονες εναλλαγές στο σωματικό σας βάρος;

Ναι	
Όχι	

Εάν ναι, που νομίζετε ότι οφείλετε;

64) Αντιμετωπίζετε έντονες διαταραχές στον ύπνο σας;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

65) Έχετε σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

Αν ναι, τι σας οδηγεί σε αυτό;

66) Αν έχετε κάποια από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, τα συμπτώματα αυτά παρουσιάστηκαν πριν από τον εγκλεισμό σας στην φυλακή ή κατά τη διάρκεια της παραμονής σας εκεί;

67) Έχετε κάνει ποτέ χρήση ναρκωτικών;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

(Εάν στην παραπάνω ερώτηση απαντήσατε ποτέ τότε προχωρήστε στην ερώτηση 73.)

68) Εάν έχετε κάνει χρήση ναρκωτικών, πότε κάνατε για πρώτη φορά;

69) Εάν έχετε κάνει χρήση ναρκωτικών, πότε κάνατε για τελευταία φορά;

70) Τι σας οδήγησε στην χρήση ναρκωτικών;

71) Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή , σας επηρέασε στην χρήση ναρκωτικών; Αν ναι πώς;

72) Έχετε κάνει πότε χρήση οινοπνευματωδών ποτών ;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

73) Εάν έχετε κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών, πότε κάνατε για πρώτη φορά;

74) Εάν έχετε κάνει χρήση οινοπνευματωδών ποτών, πότε κάνατε για τελευταία φορά;

75) Τι σας οδήγησε στην χρήση οινοπνευματωδών ποτών;

76) Ο εγκλεισμός σας στην φυλακή, σας επηρέασε στην λήψη οινοπνευματωδών ποτών; Αν ναι πώς;

77) Έχετε άγχος χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

78) Αισθάνεστε νευρικότητα;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

79) Έχετε αίσθημα υπερδιέγερση χωρίς λόγο;

Ναι	
Όχι	

80) Αισθάνεστε ανήσυχος χωρίς συγκεκριμένο λόγο;

Ναι	
Όχι	

81) Έχετε διαταραχές στον ύπνο σας;

Συχνά	
Αρκετά συχνά	
Σπάνια	
Μερικές φορές	
Ποτέ	

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο σας !!!

Παρούσιαση ερωτήσεων που δεν αναφέρθηκαν στο έκτο κεφάλαιο

Επίπεδο εκπαίδευσης

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Αναλφάβητος	5	12,5
Δημοτικό	12	30
Γυμνάσιο	9	22,5
Λύκειο	10	25
Ανώτερες σπουδές	4	10
Σύνολο:	40	100

Όπως βλέπουμε από τον πιο πάνω πίνακα και από το κυκλικό διάγραμμα, 5 άτομα (12,5 %) δήλωσαν αναλφάβητοι, 12 άτομα (30%) ότι φοίτησαν μέχρι το δημοτικό, 9 (22,5%) το Γυμνάσιο, 10 άτομα (25%) το Λύκειο και 4 άτομα (10%) ανώτερες σπουδές. Φαίνεται λοιπόν ότι το 30% του δείγματος μας φοίτησαν μόνο μέχρι το Δημοτικό και 12,5 % είναι αναλφάβητοι.

Έχετε δουλέψει ποτέ;

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	36	90
Όχι	4	10
Σύνολο	40	100

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος μας δηλαδή το 90% (36 άτομα) , έχουν δουλέψει ενώ το 10% δεν εργάστηκαν .

Αλλάζετε συχνά αντικείμενο δουλειάς.

	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ναι	14	35
Όχι	26	65

Σύνολο	40	100
---------------	-----------	------------

Εάν ναι, πόσες φορές.

	Αριθμός	Ποσοστό
1	5	12,5
2	3	7,5
3	6	15
6	2	5
Κενές	24	60
Σύνολο	40	100

Από τα 16 άτομα που απάντησαν πώς τους έχει επιβληθεί κάποιο άλλο μέτρο στο παρελθόν τα 5 (12,5% του δείγματος μας) δήλωσαν στην ερώτηση πόσες φορές , 1 φορά , 3 άτομα (7,5%) 2 φορές , 6 άτομα (15%) 3 φορές και 2 άτομα (5%) 6 φορές.