

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Η ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΦΥΛΑΚΙΣΜΕΝΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ
ΖΕΡΒΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ ΛΑΜΠΡΙΝΗ

Prisoners' Nursery

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2014

Η Νοσηλεία των Φυλακισμένων

Prisoners' Nursery

Λέξεις-κλειδιά: Νοσηλεία, εγκλεισμός, ιατρικό απόρρητο, Σωφρονιστικός Κώδικας, έγκλημα, μεταδοτικά νοσήματα

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Κουρκούτα Λαμπρινή - Καθηγήτρια και Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής
(Επιβλέπουσα)

Δημητριάδου Αλεξάνδρα - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Τσαλογλίδου Αρετή - Καθηγήτρια Εφαρμογών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα την εποπτεύουσα καθηγήτρια κ. Κουρκούτα Λαμπρινή για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μας προσέφερε για την ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους γονείς μας, που χωρίς την οικονομική, ηθική στήριξή τους και κυρίως την επιμονή τους δεν θα είχαμε καταφέρει να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ΣΚΟΠΟΣ	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	5
1.1 Ιστορία του θεσμού της φυλάκισης στην Ελλάδα	5
1.1.1 Η εξέλιξη του σωφρονιστικού συστήματος στην Ελλάδα	7
Κοινοβιακό σύστημα	7
Απομονωτικό σύστημα	8
Μικτό σύστημα	10
Προοδευτικό σύστημα	11
Σωφρονιστικά σύγχρονα συστήματα	13
1.1.2. Ο Σωφρονιστικός κώδικας.	13
1.2 Ο αριθμός των κρατουμένων και τα είδη των παραβάσεων	14
1.3 Η κοινωνία των κρατουμένων μέσα στη Φυλακή ομοιότητες με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο	14
1.4 Σύνοψη κεφαλαίου	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	16
2.1 Συνθήκες κράτησης των φυλακισμένων. Η επαφή των φυλακισμένων με τη κοινωνία	16
2.2 Τα βασικά αιτήματα των φυλακισμένων και οι συνθήκες διαβίωσης στη φυλακή	17
2.3 Η λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος στην Ελλάδα	18
2.3.1. Θέμα της ιδιωτικοποίησης των φυλακών	19
2.4 Δυσλειτουργίες και Προβλήματα του Σωφρονιστικού συστήματος	19
2.4.1 Υπερπληθυσμός κρατουμένων	20
2.4.2 Υποστελέχωση προσωπικού	25
2.4.2 Υποστελέχωση προσωπικού	26
2.4.3 Έλλειψη διαχωρισμού κρατουμένων υποδίκων και καταδίκων	26
2.4.4 Πτέρυγες υποδοχής	26
2.4.5 Υπολειτουργία του κέντρου απεξάρτησης	26
2.4.6 Αλλοδαποί κρατούμενοι	26
2.4.7 Ασθένειες κρατουμένων	26
2.4.8 Κέντρα ημιελεύθερης διαβίωσης	27
2.4.9 Αγροτικές φυλακές	27
2.4.10 Εργασία κρατουμένων	27
2.4.11 Εκπαίδευση κρατουμένων	27
2.4.12 Απομόνωση	27
2.5 Συνταγματικά δικαιώματα κρατουμένων	28
2.6 Σύνοψη κεφαλαίου	28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ	30
3.1 Ψυχικές διαταραχές	30
3.1.1 Κατάχρηση αλκοόλ	30
3.1.2 Καταθλιπτικές διαταραχές	32
3.1.3.Καταθλιπτικό επεισόδιο	33
3.1.4 Αγχώδεις διαταραχές	34
3.2 Ιδρυματισμός	35
3.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη	36
3.4. Γνωστικές θεραπείες	39
3.5 Φαρμακοθεραπεία	40
3.6 Ανθρωπιστική θεραπεία	41
3.7 Σύνοψη κεφαλαίου	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ	43
4.1 Υγεία κρατουμένων	43
4.1.1 Δικαιώματα κρατουμένων στην υγεία	43
4.1.2 Ιατρός στο σωφρονιστικό σύστημα	44
4.1.3 Ιατρικό απόρρητο	45
4.1.4 Τήρηση ιατρικού αρχείου	46
4.1. 5 Συναίνεση κρατούμενου	47
4.1.6 Άρνηση σίτισης	47
4.1.7 Ιατρός ως πραγματογνώμον	48
4.1.8 Κλινικές μελέτες	49
4.2 Η ποινική μεταχείριση του τοξικομανή στην Ελλάδα και το εξωτερικό	51
4.3 AIDS ηπατίτιδα Β και C	52
4.3.1 AIDS	52
4.3.2 Ηπατίτιδα Β και C	53
4.4 Πρόληψη και αγωγή υγείας	54
4.5 Θεραπευτική μεταχείριση τοξικομανούς	55
4.6 Νοσηλευτική φροντίδα	55
4.7 Προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα έγκλειστων γυναικών	58
4.7.1 Η μεταχείριση των κρατουμένων στις φυλακές	58
4.8 Χρόνια νοσήματα	59
4.8.1 Μυελινοκλαστικές παθήσεις	60
4.9. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για λοιμώδη νοσήματα.	60
4.10 Σύνοψη κεφαλαίου	61
ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ABSTRACT	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με γνώμονα την άποψη ότι «η ελευθερία του ενός τελειώνει εκεί όπου αρχίζει η ελευθερία του άλλου» το κράτος είναι υπεύθυνο για την διατήρηση της ελευθερίας αυτής μέσα σε ένα κλίμα ασφάλειας και ηρεμίας. Τα άτομα είναι ίσα και μπορούν ισότιμα να απολαμβάνουν την ίδια ελευθερία. Το κράτος έχει το δικαίωμα να παρεμβαίνει και να τιμωρεί στην περίπτωση που κάποιος υπερβεί τα όρια της ελευθερίας του και θίξει την ελευθερία κάποιου άλλου ατόμου (Κουράκης, 2006). Κατά συνέπεια το έγκλημα αποτελεί κατάχρηση της ελευθερίας και παραβίαση του κοινωνικού συμβολαίου και η ποινή του εξασφαλίζει την ελευθερία των υπόλοιπων πολιτών. Το έγκλημα παρουσιάζεται σαν ελεύθερη επιλογή του ατόμου και δεν εξετάζονται τα κίνητρα ή η προσωπικότητα αυτού που το τελεί.

Ο Φουκώ στο «Επιτήρηση και Τιμωρία» συσχετίζει τον εγκληματία με τους ψυχικά ή σωματικά ασθενείς, οι οποίοι απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο ώστε να γιατρευτούν, να σωφρονιστούν και έπειτα να επανενταχθούν στο σύνολο, αλλά πάνω από όλα να βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο της εξουσίας. Θεωρεί ότι το «Πανοπτικόν» είναι η ενσάρκωση αυτής της αναγκαιότητας για σταθερή και μόνιμη παρακολούθηση της απόκλισης (Ζαΐρη, 1994).

Η παρούσα μελέτη θα εστιάσει στη λειτουργία των σωφρονιστικών συστημάτων και την υγεία των κρατούμενων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μελέτη της νοσηλείας των φυλακισμένων. Το παρόν θέμα θεωρείται ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς η ζωή στις φυλακές έχει μελετηθεί ελάχιστα στην Ελλάδα, πόσο μάλλον η υγεία των φυλακισμένων. Συγκεκριμένα θα μελετηθούν τα σωφρονιστικά καταστήματα στην Ελλάδα, οι δυσλειτουργίες τους, αλλά και τα προβλήματα υγείας, σωματικά και ψυχικά που εμφανίζουν οι κρατούμενοι.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του σωφρονιστικού συστήματος της Ελλάδας, καθώς και οι συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία των έγκλειστων, ενώ παράλληλα δίνεται βαρύτητα στη νοσηλεία των κρατουμένων.

Η εργασία δομείται σε πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο σχετίζεται με την εισαγωγή της εργασίας. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τα σωφρονιστικά καταστήματα στην Ελλάδα, επιχειρώντας μια ιστορική αναδρομή στο θεσμό της φυλάκισης στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο κοινοβιακό, το απομονωτικό, το μικτό και το προοδευτικό. Εν συνεχεία παρουσιάστηκαν τα σύγχρονα σωφρονιστικά συστήματα, ο σωφρονιστικός κώδικας, ο αριθμός των κρατουμένων και τα είδη των παραβάσεων. Επίσης, παρουσιάζεται η κοινωνία των κρατουμένων μέσα στη φυλακή.

Το τρίτο κεφάλαιο μελετά τη λειτουργία των φυλακών με βάση το δίκαιο στην Ελλάδα. Χαρακτηριστικά παρουσιάζει τις συνθήκες κράτησης των φυλακισμένων, τα βασικά αιτήματά τους, τον τρόπο λειτουργίας του σωφρονιστικού συστήματος, αλλά και τα προβλήματά του.

Και στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η νοσηλεία των φυλακισμένων. Συγκεκριμένα εστιάζει στην υγεία τους, στην ποινική μεταχείριση των τοξικομανών, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, στο AIDS, στην πρόληψη και στην αγωγή της υγείας τους, στην προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα των έγκλειστων γυναικών, στη μεταχείριση των κρατουμένων στις φυλακές, στα χρόνια και στα λοιμώδη νοσήματα.

Λέξεις-κλειδιά: Κρατούμενοι, σωφρονιστικό σύστημα, νοσηλεία φυλακισμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΤΑ ΣΩΦΡΟΝΙΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Ιστορία του θεσμού της φυλάκισης στην Ελλάδα

Ιστορικά, η κοινωνική αντίδραση κατά του εγκληματία μέσω των διαφόρων ποινικών μέσων, πέρασε από έξι κύριες φάσεις. Η πρώτη καταλαμβάνει την αρχαία εποχή, κυρίως αρχαία Ελλάδα και Ρώμη, έως την επικράτηση του χριστιανισμού 313 μ.Χ. Η δεύτερη σφραγίζεται από την επίδραση του χριστιανισμού στη Δυτική Ευρώπη και το Βυζάντιο 313-1600 και η τρίτη χαρακτηρίζεται από τις ιδέες της σχολής του φυσικού δικαίου και τη βαθμιαία απαγκίστρωση του δικαίου από τα θεολογικά δόγματα 1600-1700. Η τέταρτη φάση σηματοδοτείται από τις ιδέες του διαφωτισμού και της γαλλικής επανάστασης 1700-1876 και η πέμπτη χαρακτηρίζεται από την επίδραση του θετικισμού στο χώρο του ποινικού δικαίου 1876-1945 (Αναγνωστάκης, 1991). Η έκτη φάση, από το 1945, περιλαμβάνει τις νεώτερες τάσεις στην αντιμετώπιση του εγκλήματος και εστιάζει στο θέμα της επανένταξης του εγκληματία και στο σεβασμό των συνταγματικών του δικαιωμάτων (Κουράκης 1997).

Στις πρωτόγονες κοινωνίες που αγνοούσαν τη γραφή διακρίνουμε τρεις κατηγορίες πράξεων που προκαλούν κυρώσεις κατά του δράστη τους. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι πράξεις εκείνες που αποτελούσαν προσβολή κατά του θείου και προκαλούσαν την οργή του. Για να εξευμενιστεί ο οργισμένος θεός, έπρεπε η ομάδα να απομακρύνει τον παραβάτη, να αποκαθάρει τα μέλη της από το μίαισμά του είτε με το φυσικό αφανισμό του (θάνατο), είτε με τον εξοστρακισμό του από την ομάδα. Η ρήξη του δεσμού αλληλεγγύης του δράστη με την ομάδα σήμαινε και το διαχωρισμό των ευθυνών της τελευταίας. Η αντίδραση κατά του εγκληματία εκδηλώνεται εδώ ως μια μορφή κοινωνικής κάθαρσης (Batchelder & Pippert, 2002).

Στη δεύτερη κατηγορία πράξεων περιλαμβάνονται εκείνες που στρέφονται κατά των μελών της οικογένειας στην οποία ανήκει και ο δράστης. Οι πράξεις αυτές, ακόμα και αν είναι πολύ σοβαρές, για παράδειγμα πατροκτονία, δεν αντιμετωπίζονται ποτέ με θάνατο, γιατί η οικογένεια δεν είναι διατεθειμένη να χάσει ένα ακόμη μέλος της. Η μόνη κοινωνική αντίδραση είναι η περιφρόνηση του δράστη από τα λοιπά μέλη της οικογένειας.

Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι πράξεις που επιφέρουν βλάβη σε μέλη άλλης οικογένειας από εκείνη του δράστη, για παράδειγμα φόνος, κοπή κ.ά. Το θύμα ή η οικογένεια του επιζητούν την εκδίκηση του δράστη και έτσι προκύπτει μια ιδιωτική διαφορά μεταξύ των δύο αντιμαχόμενων οικογενειών (Δασκαλάκη, 1981).

Με την εμφάνιση της κεντρικής εξουσίας και την αύξηση της συνοχής των κοινωνικών δομών της ομάδας, επιβάλλεται η αρχή της αναλογίας μεταξύ προσβολής και αντεκδίκησης και στη συνέχεια εμφανίζεται η τακτική του συμβιβασμού με την καταβολή ενός χρηματικού ποσού από τον δράστη ή την οικογένεια του θύματος, θεσμός ο οποίος καταλύει το δικαίωμα για αντεκδίκηση.

Στις πολιτικά οργανωμένες κοινωνίες η πολιτική εξουσία αφαιρεί το δικαίωμα της αντεκδίκησης από τους ιδιώτες και αναλαμβάνει να το ασκεί αυτή για λογαριασμό τους. Έτσι εμφανίζεται η έννοια του εγκλήματος ως πράξη κατά της ολότητας και αντιμετωπίζεται με κυρώσεις δημόσιου χαρακτήρα. Το έγκλημα θεωρείται ως προσβολή της βούλησης του κυρίαρχου οργάνου της πολιτικά οργανωμένης κοινωνίας και τιμωρείται από αρμόδια κρατικά όργανα (Farrington, 1992).

Ο τρόπος και τα μέσα με τα οποία εκδηλώνεται η αντίδραση κατά του εγκλήματος και του δράστη διαφοροποιείται ανάλογα με τη συγκεκριμένη δομή της πολιτικής εξουσίας. Όπως παρατηρεί ο E. Durkheim, όσο πιο απολυταρχική είναι η εξουσία, τόσο πιο σκληρή είναι η αντίδραση κατά του εγκληματία. Έτσι, στις απολυταρχικές μοναρχίες της αρχαιότητας και του μεσαίωνα, ο εγκληματίας αποτελεί το αντικείμενο μιας αποτροπιαστικής, για τα σημερινά δεδομένα, μεταχείρισης. Αντίθετα, στις δημοκρατικές πολιτείες η αντίδραση κατά του εγκλήματος εμφανίζεται ηπιότερη (Αλεξιάδης, 1991).

Μέχρι το 18^ο αιώνα στο ποινικό σύστημα των κοινωνιών δεσπόζουν οι σωματικές ποινές και η ποινή του θανάτου και κατά δεύτερο λόγο, οι χρηματικές ποινές. Οι τελευταίες εκτοπίζουν εντελώς τις σωματικές ποινές κατά τη Φραγκική περίοδο στη Δύση. Σε τούτο συντελούν από τη μια μεριά η κατάλυση του Ρωμαϊκού κράτους - και επομένως η εξασθένηση της πολιτικής εξουσίας - και από την άλλη μεριά η παράδοση της καταβολής του τιμήματος, που παρέμεινε ζωντανή στα φραγκικά φύλα. Σύντομα όμως, η μαζική οικονομική εξαθλίωση των λαών κατά τη φεουδαρχική περίοδο καθιστά εκ των πραγμάτων αδύνατη τη διατήρηση των χρηματικών ποινών, γιατί η ένδεια των δραστών δεν επέτρεπε την εφαρμογή τους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την επαναφορά των σωματικών ποινών και κυρίως της θανατικής ποινής, της οποίας πραγματοποιείται ευρύτατη χρήση. Η στέρηση της ελευθερίας ήταν άγνωστη ως ποινή. Η κράτηση δεν είχε ως στόχο το να πλήξει

την ελευθερία του ατόμου, αλλά να το εκμεταλλευτεί, στα πλαίσια καταναγκαστικών εργασιών στα δημόσια έργα, στα μεταλλεία ή στις γαλέρες. Τα βασανιστήρια και η θανατική ποινή που ακολουθούσε υλοποιούσαν την απεριόριστη εκδίκηση μιας εξουσίας χωρίς όρια, έμπρακτη απόδειξη της παντοδυναμίας του ηγεμόνα (Λαμπροπούλου, 1999).

Ο εγκλεισμός σχετίζεται με την επιλογή της στέρησης της ελευθερίας. Η κράτηση ωστόσο δεν είχε στόχο να πλήξει την ελευθερία του ατόμου, αλλά να την εκμεταλλευτεί, στα πλαίσια καταναγκαστικών εργασιών στα δημόσια έργα, στα μεταλλεία ή στις γαλέρες (Χάιδου, 1992). Ο εγκλεισμός ενός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος, ως ποινική κύρωση, είναι σχετικά πρόσφατος. Μέχρι το μεσαίωνα τα άτομα κρατούνταν μέχρι να γίνει η δίκη τους. Η καθιέρωση του εγκλεισμού οφείλεται σε επίδραση του κανονικού δικαίου της καθολικής εκκλησίας, εμφανίζεται όμως και στις ευρωπαϊκές χώρες που είχαν ασπασθεί τον προτεσταντισμό. Διακρίνονται δύο είδη εγκλεισμού :

Ο εγγυητικός εγκλεισμός, που εφαρμόζεται από τη δικαιοσύνη στη διάρκεια της προανάκρισης για μια εγκληματική υπόθεση, από τον πιστωτή μέχρι την εξόφληση του χρέους ή από την βασιλική εξουσία όταν φοβάται έναν εχθρό. Στόχος του δεν είναι τόσο η τιμωρία ενός παραπτώματος όσο η εξασφάλιση της φυσικής παρουσίας του ατόμου (Foucault, 1989).

1.1.1 Η εξέλιξη του σωφρονιστικού συστήματος στην Ελλάδα

Κατά την διάρκεια των πρώτων χρόνων υπήρχαν κάποια σωφρονιστικά συστήματα τα οποία δημιουργούνταν ανάλογα με τις πολιτιστικές, πολιτικές, οικονομικές συνθήκες κάθε χώρας (Αλεξιάδης, 1995).

Κοινοβιακό σύστημα

Κατά το 1600 εμφανίζεται στην αγορά εργασίας ένα μεγάλο έλλειμμα εργατικού δυναμικού. Ο τριακονταετής πόλεμος καθώς και η υπερπόντια μετανάστευση λόγω της ανακάλυψης νέων πολύτιμων μετάλλων συμβάλλουν στην τεράστια μείωση του πληθυσμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να υφίσταται μεγάλη ανάγκη από εργατικό δυναμικό το οποίο αναγκαστικά αναζητείται σε επαίτες, κακοποιούς κ.ά. Αρχίζει να ωριμάζει η ιδέα της συγκέντρωσης αυτών των ατόμων σε μεγάλα ιδρύματα και ο εξαναγκασμός τους σε εργασία. Ο εγκλεισμός αυτός αντικαθιστά την προσβολή της σωματικής ακεραιότητας που ίσχυε παλιότερα και η καταναγκαστική εργασία αντικαθιστά τα βασανιστήρια και την εκτέλεση. Η εργασία που καθιερώνεται στην φυλακή έχει ως

σκοπό τον εξαναγκασμό των επαιτών και φυγόπονων στη δημιουργική απασχόληση και στην τακτική ζωή. Οι πρώτες φυλακές-εργαστήρια εμφανίστηκαν το 1555 στο Λονδίνο και το 1956 στο Άμστερνταμ. Η επιρροή ήταν τέτοια ώστε στα τέλη του 17^{ου} αιώνα όλα τα σωφρονιστικά ιδρύματα μετατρέπονται σε εργαστήρια (Κουράκης, 1997).

Η διοίκηση του καταστήματος επιδιώκει την οργάνωση της ζωής και της εργασίας των κρατουμένων και παρακολουθεί την εξέλιξη του καθενός με στόχο την βελτίωσή του. Το σύστημα αυτό έχει τα πλεονεκτήματα του καθώς και τα μειονεκτήματά του (Αλεξιάδης & Πανούσης, 1996).

Μειονέκτημα θεωρείται η ανάμιξη των διαφόρων κατηγοριών κρατουμένων, όπως για παράδειγμα περιστασιακών ή αρχάριων με υπότροπους με αποτέλεσμα να επηρεάζονται και να δημιουργούνται αρνητικές συνέπειες, όπως η υιοθέτηση στάσεων και η δημιουργία προβλημάτων μέσα στις φυλακές. Η συμβίωση, εξάλλου, δυσκολεύει την επιτήρηση των εγκλείστων και ευνοεί την οργάνωση στάσεων και αποδράσεων (Kauffman, 1988).

Παρόμοια μορφή κοινοβιακού συστήματος λειτούργησε περιστασιακά στη φυλακή του Επταπυργίου Θεσσαλονίκης, επειδή διέθετε μόνο κοινούς κοιτώνες. Παρόλα αυτά δεν ίσχυσε ποτέ με νομοθετική πρόβλεψη στην Ελλάδα.

Απομονωτικό σύστημα

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω τα σωφρονιστικά συστήματα μέσα στην ιστορία δημιουργούνταν από τις εκάστοτε πολιτιστικές, πολιτικές, οικονομικές συνθήκες της κάθε χώρας (Πανούσης, 1989). Έτσι οι υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες συνέβαλλαν στην δημιουργία του απομονωτικού ή πενσυλβανικού συστήματος. Η εργασία, , εφόσον δεν έχει πια παραγωγικά αποτελέσματα στα σωφρονιστήρια, αποκτά το χαρακτήρα του σωφρονισμού και της καταπίεσης. Η εργασία συνδέεται με τον τιμωρητικό χαρακτήρα της ποινής και είναι ανάλογη με τη βαρύτητα της ποινής. Υφίσταται , για παράδειγμα, η καταδίκη σε καταναγκαστικά έργα, όπου ο κατάδικος οφείλει να εκτελεί βαριές και επίπονες εργασίες σε δημόσια έργα σέρνοντας μια σιδερένια μπάλα στο πόδι του, ενώ οι καταδικασμένοι σε ηπιότερες ποινές ασχολούνται σε έργα μικρότερης βαρύτητας. Η εργασία εξυπηρετεί καταυτόν τον τρόπο τον σκοπό της ανταπόδοσης (Αλεξιάδης & Πανούσης, 1996).

Οι μεταρρυθμιστικές ιδέες του τέλους του 18^{ου} αιώνα, υποκινούμενες από τα έντονα θρησκευτικά και ανθρωπιστικά κινήματα της εποχής, όπως αναφέραμε, οδηγούν στην καθιέρωση του εγκλεισμού ως κύριας ποινής και της απομόνωσης των κρατουμένων

με σκοπό το σωφρονισμό τους. Οι εξελίξεις αυτές, με την παράλληλη κριτική του κοινοβιακού συστήματος για τα μειονεκτήματά του, οδηγούν σε μια διαφορετική μεταχείριση των εγκλείστων. Έτσι στο τέλος του 18^{ου} αιώνα, το 1778 και 1791 ιδρύονται στην Αγγλία δυο μικρές φυλακές με αντίθετο σύστημα από το κοινοβιακό.

Την ίδια εποχή είναι που ο Bentham πρότεινε την «κυκλοειδή» φυλακή («πανοπτικό» σχήμα) για τον πιο αποτελεσματικό έλεγχο των κρατουμένων. Η πραγματικότητα είναι ότι, το «panopticon» του Bentham δεν κτίστηκε ποτέ, επηρέασε όμως πολύ τα σχέδια πολλών φυλακών στην Ολλανδία, στη Γερμανία, στην Ισπανία και στις Η.Π.Α (Αλεξιάδης, 2006). Παράλληλα, στην Πολιτεία της Πενσυλβανίας, στις νεοσύστατες τότε Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, οι πρωτεργάτες W.Penn και B.Franklin ιδρύουν στη Φιλαδέλφεια το 1776 την Εταιρεία Φυλακών, με προσπάθειες της οποίας ιδρύεται στη Φιλαδέλφεια το 1804 μια νέα φυλακή, εξελικτική μορφή του πανοπτικού συστήματος, με χωρισμό των κρατουμένων κατά φύλο, ηλικία και ικανότητα για εργασία (Garland, 2002).

Σύμφωνα με το απομονωτικό σύστημα, ο κρατούμενος παραμένει σε πλήρη απομόνωση μέρα και νύχτα. Όπως αναφέρει ο Foucault (Foucault 1989:311), η απομόνωση των καταδίκων είναι η ασφαλέστερη εγγύηση ότι μπορεί κανείς να ασκεί πάνω τους, στον πιο έντονο βαθμό, μια εξουσία που δεν μπορεί να αντισταθμιστεί από άλλη επιρροή. Η απομόνωση αποτελεί βασικό όρο της απόλυτης υποταγής.

Έτσι ο κατάδικος είναι τελείως μόνος στο κελί του και κοιμάται, τρώει, με μόνη συντροφιά την Αγία Γραφή, ώστε μέσα από τη μελέτη να βρει τη μετάνοια και το δρόμο της σωτηρίας. Η απομόνωση είναι απόλυτη ώστε ακόμη και στον εκκλησιασμό τα καθίσματα στην εκκλησία μοιάζουν με μικρά κιβώτια με άνοιγμα στο ύψος της κεφαλής που εμποδίζει την επικοινωνία των κρατουμένων, ενώ κατά τον προαυλισμό καλύπτονται τα πρόσωπα των εγκλείστων με μάσκες ώστε να μην μπορούν να αναγνωριστούν μεταξύ τους.

Αργότερα καταργείται η μάσκα και δίνεται η δυνατότητα εργασίας στους εγκλείστους. Η εργασία όμως αυτή είναι αυστηρά ατομική και περιορίζεται στο κελί του καθενός. Θα πρέπει να τονιστεί η συμβολή του Κανονικού Δικαίου της Δυτικής Εκκλησίας στην εδραίωση και εξάπλωση της φυλακής. Η συνεχής ενασχόληση με τη Βίβλο κατά την περίοδο της απομόνωσης είχε ως αποτέλεσμα να μυήσει έμμεσα πολλά άτομα στο χριστιανισμό και παράλληλα να τα καταστήσει μελλοντικούς κήρυκες της χριστιανικής θρησκείας (Κουράκης & Σπινέλλη, 1995).

Το απομονωτικό σύστημα το οποίο υιοθετήθηκε γρήγορα και από άλλα κράτη όπως το Βέλγιο, την Πρωσία, την Ολλανδία και την Σουηδία, κυριάρχησε μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα.

Θεωρούνται πλεονεκτήματα η αυτοπαρατήρηση και η διέγερση της συνείδησης των κρατουμένων λόγω της απομόνωσης, η καλύτερη εξασφάλιση της τάξης καθώς και η ευκολότερη αποτροπή των αποδράσεων (Jung, 1990).

Ως μειονεκτήματα μπορούν να αναφερθούν οι ολέθριες συνέπειες για τη σωματική και ψυχική υγεία των κρατουμένων, λόγω της απομόνωσης, όπως η εξασθένηση της βούλησης, ο αποπροσανατολισμός τους από την κοινωνική ζωή με την ανάπτυξη της «δεσμοτηριοφιλίας», η τάση για αυτοκτονία και η εξασθένηση του νευρικού συστήματος με συνέπεια βαριές ψυχικές διαταραχές, η μη δυνατότητα οργάνωσης της εργασίας τους και τέλος η υπέρμετρη δαπανηρή κατασκευή φυλακών που να ανταποκρίνονται στη λειτουργία ενός τέτοιου συστήματος.

Τα επιχειρήματα κατά του συστήματος αυτού επέφεραν την κατάργησή του στις αρχές του 20^{ου} αιώνα και την αντικατάστασή του από το μικτό σύστημα. Η απομόνωση εφαρμόζεται πλέον σε σωφρονιστικά καταστήματα με ειδικά διαμορφωμένους χώρους ως πειθαρχική κύρωση. Στην Ελλάδα το απομονωτικό σύστημα καθιερώθηκε το 1911 στις δικαστικές φυλακές για την κράτηση των υποδίκων και των καταδίκων σε ποινές ένα μήνα (Gentry, 1990).

Μικτό σύστημα

Παράλληλα η οικονομική ανάπτυξη και η πορεία εκβιομηχάνισης στις Η.Π.Α, σε συνδυασμό με τα μειονεκτήματα του απομονωτικού συστήματος, το θέτουν σε αχρηστία.. Οι Ηνωμένες Πολιτείες έχουν ανάγκη τώρα από εργατικά χέρια και οι μετανάστες δεν επαρκούν (Αλεξιάδης, 1995).

Οι κρατούμενοι υποχρεούνται να τηρούν τον κανόνα της απόλυτης σιωπής, για πνευματική απομόνωση, και πολύ αυστηρή πειθαρχία. Η παραβίαση του κανόνα της σιωπής αποτελεί πειθαρχικό παράπτωμα. Είναι χαρακτηριστική η αύξηση των πειθαρχικών ποινών στις φυλακές με το σύστημα αυτό, διότι οι κρατούμενοι βρίσκουν άλλους τρόπους επικοινωνίας.

Προοδευτικό σύστημα

Με την αύξηση του αριθμού των εγκλείστων αυξάνεται και το ποσοστό υποτροπής και επιθετικότητάς τους. Η μέθοδος του «σωφρονισμού» μέσω της τιμωρίας επανέρχεται στη σωφρονιστική πρακτική. Επινοείται ένα σύστημα διαβάθμισης των προνομίων (βαθμίδων), όπως για παράδειγμα ελάττωση του χρόνου εγκλεισμού λόγω καλής διαγωγής. Ως νέος παράγοντας, δηλαδή, στην έκτιση μιας στερητικής της ελευθερίας ποινής τίθεται το κίνητρο για βελτίωση (Κουράκης 1997:143).

Εμπνευστής του συστήματος αυτού είναι ο Σκωτσέζος πλοίαρχος A.Maconochie. Το ενδιαφέρον του για τις φυλακές εκδηλώθηκε αρχικά όταν κρατήθηκε στις γαλλικές φυλακές ως αιχμάλωτος πολέμου. Κυρίως όμως ασχολήθηκε με το πρόβλημα των φυλακών όταν ερεύνησε τις συνθήκες κράτησης των εξόριστων κατάδικων στο αυστραλιανό νησί της Τασμανίας. Ως σύστημα δοκιμάστηκε από τον ίδιο για πρώτη φορά το 1840 στις ναυτικές φυλακές του Norfolk, ενός αυστραλιανού νησιού όπου εξορίζονταν και κρατούνταν επικίνδυνοι κατάδικοι της βρετανικής αυτοκρατορίας. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε από τον Sir W.Crofton με επιτυχία στην Ιρλανδία, γι' αυτό ονομάζεται και ιρλανδικό σύστημα (Αλεξιάδης, 1995).

Το σύστημα αυτό αποδέχεται βασικά τις αρχές των τριών προηγούμενων συστημάτων, αλλά τις αξιοποιεί καταλληλότερα. Πρωταρχικός του στόχος είναι η αποφυγή του περάσματος από την πλήρη στέρηση της ελευθερίας στην πλήρη απόλαυσή της με τη λήξη της ποινής. Γι' αυτό επιχειρείται μια κλιμάκωση του χρόνου της έκτισης της ποινής σε διάφορες φάσεις.

Κατά το πρώτο στάδιο το οποίο διαρκεί τουλάχιστον 9 μήνες, ο κατάδικος παραμένει σε απομόνωση χωρίς εργασία, σύμφωνα με το απομονωτικό σύστημα. Σε αυτή τη φάση έχει τη δυνατότητα για περισυλλογή και μεταμέλεια. Η γρήγορη μετάβασή του στο επόμενο στάδιο εξαρτάται από την καλή του διαγωγή (Δασκαλάκης, 1988).

Κατά το δεύτερο στάδιο, το οποίο δεν είναι χρονικά προσδιορισμένο, οι συνθήκες διαβίωσης είναι βελτιωμένες. Ο κατάδικος απομονώνεται τη νύχτα, αλλά εργάζεται μαζί με τους συγκρατούμενους του κατά την διάρκεια της ημέρας. Σε αυτή την φάση ο κατάδικος πρέπει να διανύσει τέσσερις τάξεις, καθεμία από τις οποίες διακρίνεται από το χρώμα της στολής, η δε παραμονή του σε αυτές εξαρτάται από την εργατικότητα και την εν γένει διαγωγή και βελτίωσή του. Το πέραςμα από την μία τάξη στην άλλη, και εδώ εξαρτάται από την καλή διαγωγή του εγκλείστου, χωρίς να αποκλείεται και ο υποβιβασμός του σε

καθεστώς προηγούμενης φάσης, σε περίπτωση που η διαγωγή του κριθεί άξια αυτού του υποβιβασμού.

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο έκτισης της ποινής ο κατάδικος απολύεται υπό τον όρο ότι δεν θα διαπράξει νέο έγκλημα στο μέλλον, χωρίς να αποκλείεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, και το χάρισμα του υπολοίπου της ποινής. Σε περίπτωση που ο απολυόμενος δεν τηρήσει καλή διαγωγή, η προσωρινή αυτή απόλυση ανακαλείται (Αλεξιάδης & Πανούσης, 1996).

Βασικό πλεονέκτημα του συστήματος αυτού είναι ότι ο κρατούμενος συνειδητοποιεί βαθμιαία τις ευθύνες του και προσπαθεί να βελτιωθεί με δική του πρωτοβουλία. Μειονεκτήματα αποτελούν αφ' ενός οι δυσχέρειες παρακολούθησης της εξέλιξης κάθε μεμονωμένου καταδίκου και αφετέρου η ανάγκη για φυλακές που θα διαθέτουν τόσο ατομικά κελιά για το σύνολο των καταδίκων όσο και εγκαταστάσεις για εργασία τους από κοινού, εγχείρημα πολύ δαπανηρό (Farrington, 1992).

Το σύστημα αυτό εφαρμόστηκε μόνο για μακροχρόνιες στερητικές της ελευθερίας ποινές σε πολλά κράτη, όπως στη φυλακή της Κέρκυρας επί αγγλικής κατοχής. Στην Ελλάδα καθιερώθηκε το 1911 για έκτιση ποινών πάνω από 6 μήνες, αλλά δεν λειτούργησε λόγω έλλειψης κατάλληλων καταστημάτων και ειδικευμένου προσωπικού. Το αποκορύφωμα της εξέλιξης του προοδευτικού συστήματος ήταν το αναμορφωτικό σύστημα που εφαρμόστηκε στη Νέα Υόρκη, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, και του συστήματος Borstal που καθιερώθηκε στη Μ. Βρετανία (Χάιδου, 2002).

Σωφρονιστικά σύγχρονα συστήματα

Σύνθημα του Σλύτερ, ο οποίος διετέλεσε και Υπουργός Δικαιοσύνης ήταν «να εκκενώσουμε τις φυλακές» (Κουράκης, & Σπινέλη, 2001).

Στο γενικότερο σωφρονιστικό σύστημα της Σουηδίας, η οργάνωση και η λειτουργία των φυλακών συνίσταται στη δημιουργία ενιαίων κατά είδος φυλακών, τοπικών και εθνικών (1974).

Στη Νορβηγία σημαντικό βήμα του Ποινικού Κώδικα αποτέλεσε η κατάργηση της ποινής του ισόβιου εγκλεισμού το 1981.

Στη Φιλανδία η σωφρονιστική πολιτική διαφοροποιείται σε κάποια σημεία από τις πολιτικές των άλλων σκανδιναβικών κρατών (Schichor, 1997).

Η Ολλανδία αποτέλεσε την χώρα – παράδειγμα σχετικά με την αντι-εγκληματική της πολιτική (Batchelder & Pippert, 2002).

Ο Αυστριακός Ποινικός Κώδικας ακολούθησε κατά βάση τον Γερμανικό.

Με βάση της παραπάνω αρχές, η δομή και το είδος των σωφρονιστικών καταστημάτων συνίσταται ως:

- ✓ Τοπικές φυλακές (για ποινές ενός έτους).
- ✓ Κέντρα κρατήσεως (για ποινές πάνω από ένα έτος).
- ✓ Κεντρικές φυλακές (για ποινές πάνω του ενός έτους).
- ✓ Ειδικευμένα σωφρονιστικά καταστήματα για θεραπευτικούς σκοπούς για τους νέους, που εκτίουν την ποινή τους πριν το 28ο έτος της ηλικίας τους.

1.1.2. Ο Σωφρονιστικός κώδικας.

"Στο άρθρο 8 του Σ.Κ. περιγράφεται η σύσταση και λειτουργία του Κεντρικού Επιστημονικού Συμβουλίου Φυλακών (Κ.Ε.Σ.Φ.) , ως επιτελικό (ή γνωμοδοτικό με αυξημένες αρμοδιότητες όργανο του Υπουργείου Δικαιοσύνης, το οποίο εισηγείται στον Υπουργό Δικαιοσύνης τη συνολική σωφρονιστική πολιτική και διατυπώνει προτάσεις για την αντεγκληματική πολιτική, καθώς και για τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας των καταστημάτων κράτησης κ.α. Σημαντική αρμοδιότητά του, επίσης, είναι η πρόταση μέτρων για την επιμόρφωση του προσωπικού των καταστημάτων κράτησης (Batchelder ,Pippert 2002).

Στη συνέχεια, το Συμβούλιο της Φυλακής, όπως ορίζεται από το άρθρο 10 του Σ.Κ., ως αποκεντρωτικό όργανο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην σωστή λειτουργία του καταστήματος κράτησης. Το Συμβούλιο της Φυλακής, το οποίο αποτελείται από τον Δ/ντη των φυλακών, τον αρχαιότερο κοινωνικό λειτουργό και τον αρχαιότερο ειδικό επιστήμονα, συντάσσει τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του καταστήματος (τον οποίο υποβάλει στο Κ.Ε.Σ.Φ). Σε καθημερινή βάση, το Συμβούλιο των Φυλακών είναι υπεύθυνο για την ομαλότερη εκτέλεση των ποινών των κρατουμένων, τη διασφάλιση των δικαιωμάτων τους και την ύπαρξη των κατάλληλων συνθηκών για την επίτευξη του σωφρονισμού των κρατουμένων" (Δασκαλάκης, 1988).

1.2 Ο αριθμός των κρατουμένων και τα είδη των παραβάσεων

Το σωφρονιστικό σύστημα και η εφαρμογή του στους κλειστούς χώρους των φυλακών δέχεται έντονα προβλήματα που όμως εμποδίζουν την άσκηση σωφρονιστικής αγωγής, όπως προβλέπεται από το υπάρχον σωφρονιστικό σύστημα.

Η αντιστοιχία του αριθμού του προσωπικού με τους κρατούμενους δείχνει την ποιότητα αλλά και ποσότητα παροχής υπηρεσιών (Κουράκης & Σπινέλη , 2001).

1.3 Η κοινωνία των κρατουμένων μέσα στη Φυλακή ομοιότητες με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο

Οι πιο πολλοί κρατούμενοι προέρχονται από την κατώτερη οικονομική τάξη. Αυτό δημιουργεί την αντίληψη ότι η διάπραξη κάποιου εγκλήματος είναι το αποτέλεσμα της ένδειας- λύση στην οποία καταφεύγουν κάποια μέλη της κατώτερης τάξης για να αποκτήσουν χρήματα. (Reiman, 2004).

Στη φυλακή οι κρατούμενοι δημιουργούν την δική τους κοινωνία. Σε αυτή ο έγκλειστος έχει διάφορους ρόλους. Μπορεί να είναι δράστης, θύμα, να ηγείται ομάδας, να είναι ο ευνοούμενος των σωφρονιστικών υπαλλήλων ή να έχει ταυτόχρονα περισσότερους από έναν ρόλο.

1.4 Σύνοψη κεφαλαίου

Το έγκλημα θεωρείται ως προσβολή της βούλησης του κυρίαρχου οργάνου της πολιτικά οργανωμένης κοινωνίας και τιμωρείται από αρμόδια κρατικά όργανα

Ο εγκλεισμός σχετίζεται με την επιλογή της στέρησης της ελευθερίας. Η κράτηση ωστόσο δεν είχε στόχο να πλήξει την ελευθερία του ατόμου, αλλά να την εκμεταλλευτεί, στα πλαίσια καταναγκαστικών εργασιών στα δημόσια έργα, στα μεταλλεία ή στις γαλέρες

Οι μεταρρυθμιστικές ιδέες του τέλους του 18^{ου} αιώνα, υποκινούμενες από τα έντονα θρησκευτικά και ανθρωπιστικά κινήματα της εποχής, όπως αναφέραμε, οδηγούν στην καθιέρωση του εγκλεισμού ως κύριας ποινής και της απομόνωσης των κρατουμένων με σκοπό το σωφρονισμό τους

Το απομονωτικό σύστημα το οποίο υιοθετήθηκε γρήγορα και από άλλα κράτη όπως το Βέλγιο, την Πρωσία, την Ολλανδία και την Σουηδία, κυριάρχησε μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Εντός της φυλακής εφαρμόζονται κανόνες και συνήθειες καθώς και συγκεκριμένος τρόπος επικοινωνίας μεταξύ των κρατουμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΦΥΛΑΚΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Συνθήκες κράτησης των φυλακισμένων. Η επαφή των φυλακισμένων με τη κοινωνία

Το σωφρονιστικό σύστημα στην Ελλάδα και συγκεκριμένα η εφαρμογή του στους κλειστούς χώρους των φυλακών αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα λειτουργικής φύσεως, τα οποία όμως εμποδίζουν την άσκηση σωφρονιστικής αγωγής, όπως προβλέπεται από το υπάρχον σωφρονιστικό σύστημα.

"Πιο συγκεκριμένα, από στατιστικά στοιχεία προκύπτει το σοβαρό θέμα του υπερπληθυσμού των φυλακών, το οποίο με τη σειρά του δημιουργεί ποικίλα προβλήματα. Από τις 25 φυλακές, που υπάρχουν στην Ελλάδα, οι 21 είναι κλειστού τύπου και οι 4 αγροτικές. Η χωρητικότητά τους συνολικά αφορά περίπου 4.900 κρατούμενους, ενώ ο συνολικός αριθμός των φυλακισμένων σήμερα ανέρχεται σε 8.500 περίπου" (Κουράκης & Σπινέλη, 2001).

Τα προβλήματα, που προκύπτουν από τα παραπάνω στοιχεία, είναι οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης των κρατουμένων και συγκεκριμένα οι άσχημες συνθήκες υγιεινής, ο περιορισμένος χώρος στα κελιά, η έλλειψη χώρου για αθλητικές ή άλλες δραστηριότητες, η ευκολότερη μετάδοση ασθενειών και το ελλιπές προσωπικό για την κάλυψη σημαντικών υπηρεσιών.

Σε σχέση με το προσωπικό η έλλειψη αυτή εντοπίζεται σε δύο σημαντικές διαστάσεις. Αρχικά, η αντιστοιχία του αριθμού του προσωπικού με τους κρατούμενους φανερώνει την πραγματική ποιότητα αλλά και ποσότητα παροχής υπηρεσιών και λειτουργίας προγραμμάτων, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται ο σωφρονισμός των κρατουμένων. (Κουράκης & Σπινέλη, 2001).

2.2 Τα βασικά αιτήματα των φυλακισμένων και οι συνθήκες διαβίωσης στη φυλακή

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στα κυριότερα αιτήματα των κρατουμένων, που αφορούν στις συνθήκες κράτησης. Συγκεκριμένα:

«Υπερπληθυσμός. Να πάψουν να στοιβάζονται μέσα στους θαλάμους και στα κελιά τόσο άνθρωποι.. «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 κατανατούν αγρίμια (μπαίνεις ληστής και βγαίνεις δολοφόνος)» (Κουράκης & Σπινέλη , 2001).

Άδειες. Να πραγματοποιείται χρήση του ευεργετικού μέτρου των αδειών.

Μεταγωγές. Να μην εφαρμόζονται ως μέσο τιμωρίας

Μεροκάματα. Να πραγματοποιείται χρήση από όλους.

Υπηρεσίες. Να υφίσταται ικανός αριθμός ιατρικού προσωπικού και κοινωνικών υπηρεσιών του Υπουργείου

Επικοινωνία. Να υφίσταται η δυνατότητα να επισκεφθεί τους κρατουμένους κάποιος που δεν είναι άμεσος συγγενής.

Καθημερινές ανάγκες. Να υφίσταται φροντίδα για τις στοιχειώδεις καθημερινές ανάγκες.. *«Από το ισχύον δίκαιο προβλέπεται ακόμα ο κρατούμενος να έχει ένα χώρο όπου θα προαυλίζεται θα αθλείται και θα υφίσταται ελευθερία πρόσβασης στη φύση. Εάν λοιπόν δεν του παρέχονται αυτά τότε είμαστε εκτός νόμου...» (Κουράκης & Σπινέλη , 2001).*

Βασανιστήρια. *«Να καταργηθούν τα πειθαρχικά και η απομόνωση καθώς και οι καθημερινές προσβολές της προσωπικής αξιοπρέπειας των κρατουμένων» (Κουράκης & Σπινέλη , 2001).*

Οι πράξεις που επιβάλλονται από το νόμο να τιμωρούνται ορίζονται ως πειθαρχικά παραπτώματα, για κάθε πράξη υφίσταται 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 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»*

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»*

«Οι συνθήκες κρατήσεως στην μονάδα είναι πολύ λιγότερο κατάλληλες για φυλακισμένους που είναι σε απομόνωση για μη πειθαρχικούς λόγους, ιδιαιτέρως εάν αυτό το μέτρο.

2.3 Η λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος στην Ελλάδα

Η επαγγελματική και οικονομική κατάρρευση είναι σχεδόν αναπόφευκτο κι αυτό δημιουργεί προβλήματα όχι μόνο στον κρατούμενο αλλά και στην οικογένειά του. Σύμφωνα με τον Foucault (1976). Η φυλακή κατασκευάζει άμεσα και έμμεσα εγκληματίες. Άμεσα, «όταν αισθάνεται ότι εκτίθεται σε οδύνες που ο νόμος ούτε διέταξε ούτε καν προέβλεψε, εξοργίζεται ενάντια σε όλα όσα τον περιβάλλουν, σαν δήμιους αντικρίζει όλους τους φορείς της εξουσίας», ενώ έμμεσα, εξαθλιώνοντας τις οικογένειες των κρατουμένων : *«Η ίδια δικαστική απόφαση που στέλνει στη φυλακή τον αρχηγό της οικογένειας, ρίχνει την μητέρα στην απόλυτη ένδεια, τα παιδιά στην εγκατάλειψη, την οικογένεια ολόκληρη στην αλητεία και στην επαιτεία. Και, από την άποψη αυτή μπορούμε να πούμε πως το έγκλημα γεννά έγκλημα »* (Lucas, στο Foucault 1976).

2.3.1. Θέμα της ιδιωτικοποίησης των φυλακών

Οι αμερικανικές εταιρίες που αναμείχθηκαν στο θέμα της ιδιωτικοποίησης των φυλακών ήταν οι Corrections Corporation of America (CCA) και Wackenhut Corrections Corporation. Από την άλλη η Αυστραλία προχώρησε στην ιδιωτικοποίηση των φυλακών προκειμένου να δημιουργηθεί μια ανταγωνιστική αγορά απέναντι στη αμερικανική. Επίσης και η Αυστραλία αντιμετώπιζε το πρόβλημα του υπερπληθυσμού στις φυλακές και παράλληλα αυξανόταν το κόστος του δημόσιου σωφρονιστικού συστήματος. Επιπλέον προτάθηκε η ανάγκη για ευελιξία και βελτίωση του προσωπικού των φυλακών.

Το εγχείρημα της ιδιωτικοποίησης των φυλακών στην Αυστραλία προβλήθηκε ως ένα πείραμα για την αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος. Έτσι λοιπόν το 1990 ιδρύθηκε η ιδιωτική φυλακή χαμηλής – μεσαίας ασφάλειας Borallon, η οποία κατασκευάστηκε από την εταιρία Corrections Corporation of Australia, εταιρία θυγατρική της Corrections Corporation of America (Tomas & Logan, 1993).

Οι ευρωπαϊκές χώρες ανάλογα με τα προγράμματα που λειτουργούν στον τομέα αυτό, λειτουργούν ιδιωτικές φυλακές με έντονες όμως διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Συνήθως στις χώρες της Ευρώπης είτε δημιουργήθηκε μια μορφή ημι-ιδιωτικοποίησης, είτε αναδιοργανώθηκε το σωφρονιστικό δημόσιο σύστημα ή αναζητήθηκε εναλλακτική χρηματοδότηση. (Jung, 1990).

2.4 Δυσλειτουργίες και Προβλήματα του Σωφρονιστικού συστήματος

Η βία πάνω στο έγκλειστο άτομο ασκείται ακόμα και από τον ίδιο τον χώρο της φυλακής. Η έλλειψη του ήλιου στα σκοτεινά κτίρια, ο περιορισμός της κίνησης λόγω του αισθητά μικρού χώρου (Wacquant, 2001) , η ανύπαρκτη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Χαΐδου, 2002), το κακής ποιότητας φαγητό, αλλά και οι διακρίσεις στους αγαπητούς κρατούμενους των σωφρονιστικών υπαλλήλων ακόμα και για ένα τηλεφώνημα είναι μόνο λίγες από τις αιτίες των βλαπτικών συνεπειών στο σώμα και την ψυχή του εγκλείστου (Αλεξιάδης, 1995)

2.4.1 Υπερπληθυσμός κρατουμένων

Λόγω μεγάλης εισροής μεταναστών τα τελευταία έτη, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός κρατουμένων.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ – ΠΟΙΝΩΝ (2003-2010)
(Κατά την 1^η Ιανουαρίου εκάστου έτους)

A/A		1-Ιαν 2003	1-Ιαν 2004	1-Ιαν 2005	1-Ιαν 2006	1-Ιαν 2007	1-Ιαν 2008	1-Ιαν 2009	1-Ιαν 2010
1	Αριθμός των κρατουμένων	8418	8726	8722	9964	10370	11645	11736	11364
2	Αριθμός των υποδίκων	2084	2570	2481	3104	3065	3045	3218	3541
3	Αριθμός των αλλοδαπών κρατ/μένων	3858	3708	3704	4281	4695	5622	6078	6307
4	Αριθμός των γυναικών κρατουμένων	394	506	594	592	582	559	695	554
5	Αριθμός των ανηλίκων κρατουμένων	449	543	445	420	376	446	520	510
6	Αριθμός των παραβατών του νόμου περί ναρκωτικών	3386	3562	3465	4346	4640	4912	4937	4345
7	Κατάδικοι με ποινή θανάτου	2	1	1	1	-	-	-	-
8	Κατάδικοι με ισόβια κάθειρξη	599	618	594	654	715	776	742	823
9	Κατάδικοι με πρόσκαιρη κάθειρξη:								
	α')Από 5-10 έτη	1767	1642	1552	2000	2300	2720	2737	2594
	β')Από 10-15 έτη	1214	1139	1220	1171	1333	1549	1671	1564
	γ')Από 15 έτη και άνω	944	898	989	1003	1041	1108	1109	1090
10	Κατάδικοι με φυλάκιση:								
	α')Μέχρι 6 μήνες	211	249	359	223	125	316	182	260
	β')Από 6 μήνες έως 1 έτος	271	313	300	287	257	301	254	229
	γ')Από 1-2 έτη	270	303	300	355	306	453	309	288
	δ')Από 2-5 έτη	842	854	839	1063	1102	1303	1310	765
11	Κρατούμενοι για χρέη	17	30	27	24	23	4	66	43
12	Φιλοξενούμενοι	122	66	40	35	63	44	92	116

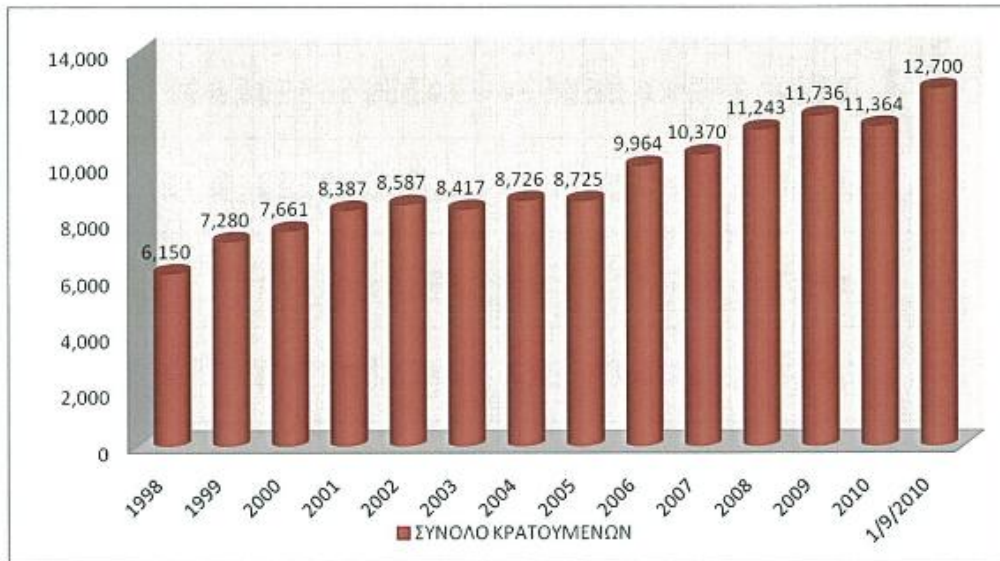
Πηγή: Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΡΙΘΜΟΥ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ ΤΗΝ 1/1 ΕΚΑΣΤΟΥ ΕΤΟΥΣ (1998-2010)

ΕΤΟΣ	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ανδρες	245	147	170	152	122	125	151	127	228	141	203	169	144
Κοινωνικό	289	263	325	250	253	260	195	197	287	254	203	279	232
Γυναίκες	268	235	283	182	270	223	230	154	251	270	291	280	205
Κ.Α.Υ.Θ.	43	43	41	41	44	45	49	46	52	44	46	41	32
Ανελίψεις													
144	245	304	272	314	302	294	226	226	297	288	311	340	336
Εξου	125	161	139	127	100	100	94	106	117	116	127	138	136
Κοινωνικός	170	185	168	171	158	140	137	140	172	162	190	210	209
Κ.Α.Υ.Θ.Ε.Ε.Ε.Ε.Ε.	-	-	-	-	-	28	51	47	55	43	52	60	45
Προσωπικό Κοσμήτου	0	91	92	92	83	41	42	54	73	66	80	85	79
Προσωπικό Κοσμητο	223	223	300	210	226	245	245	246	258	291	327	253	261
Αγροτικό	100	168	168	212	202	214	239	247	300	277	251	251	217
Ορεινή	504	535	547	501	619	620	603	620	622	608	616	606	613
Επιστημον	179	200	220	201	226	200	262	194	233	183	233	194	224
Κοινωνικός	139	146	155	174	179	202	223	219	280	313	321	317	315
Κοσμητο	15	15	19	44	51	56	54	56	55	55	55	46	71
Κοσμητο	1.207	1.664	1.993	2.170	2.234	1.843	1.922	1.958	2.172	1.941	1.803	2.018	2.072
Κοσμητο	244	285	321	382	380	351	450	482	549	541	572	107	174
Κω	80	107	80	54	80	73	80	80	94	89	80	82	106
Αγροτικό	599	637	636	710	665	751	693	767	757	645	840	854	769
Μεταναστευ	-	-	-	-	180	274	281	278	289	438	451	422	454
Ναυτικό	166	170	185	343	320	344	369	358	490	302	510	482	466
Μεταναστευ	117	135	102	116	75	92	100	94	116	118	135	135	137
Τακτικός	93	111	92	105	93	105	110	134	138	171	178	177	178
Μεταναστευ	81	104	108	113	83	108	111	128	130	132	115	134	138
Μεταναστευ	111	113	112	132	100	142	136	127	135	160	164	141	160
Αδελφότητα	180	265	236	185	214	210	235	230	206	392	397	400	334
Γαββάνη	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ορεινή	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	397	681	559
Ορεινή	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ορεινή	110	137	145	185	163	175	197	186	262	276	265	227	184
Πορτα	555	640	653	704	714	710	718	698	726	767	729	756	715
Τακτικός	129	154	93	231	195	212	225	244	287	307	215	214	654
Μεταναστευ	163	183	156	217	200	205	211	220	233	230	217	229	215
ΣΥΝΟΛΑ	6.150	7.280	7.661	8.387	8.587	8.417	8.726	8.725	9.964	10.370	11.243	11.736	11.364

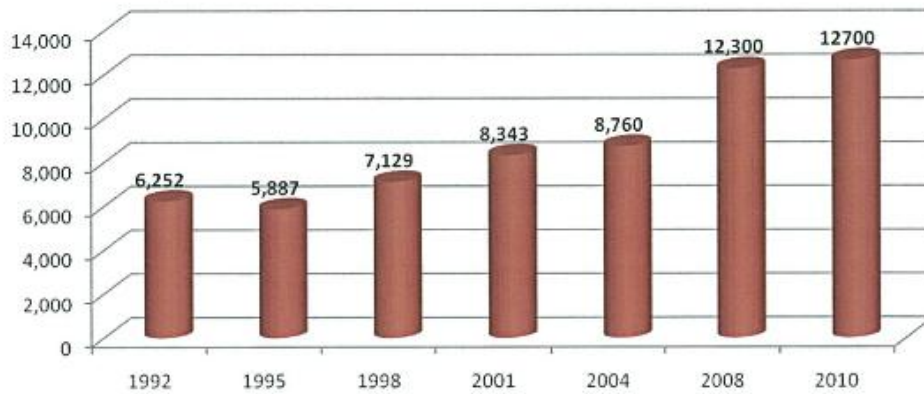
Πηγή: Υπουργείο Αγορών Εργασίας - Αρμόδιος κλάδος: Κοινωνική Αρωγή

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΑΥΞΗΣΗΣ ΣΥΝΟΛΟΥ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΤΗΝ 1^Η ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ ΑΝΑ ΕΤΟΣ



Πηγή: Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

Σύνολο κρατούμενων 31ης Δεκεμβρίου ανά έτος

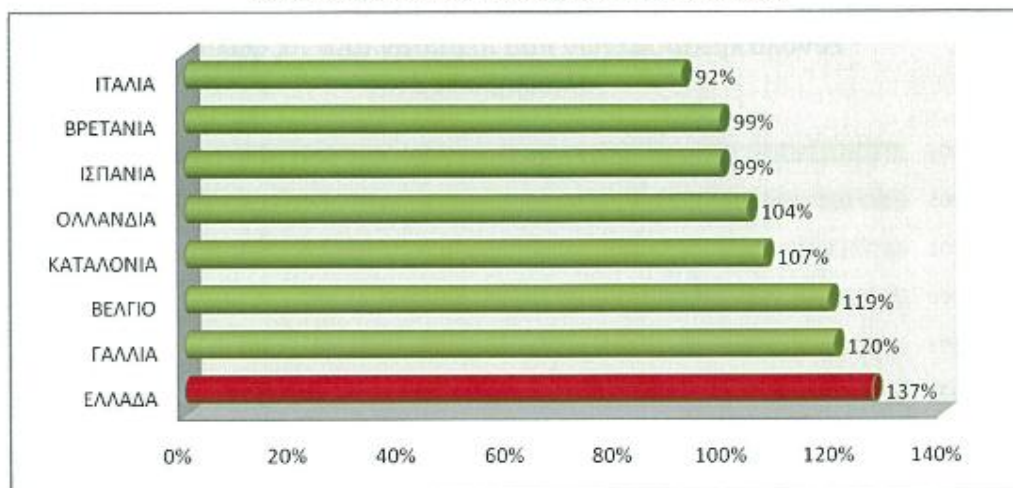


Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας



Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ



ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΡΑΤΗΣΗΣ			
ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ 1/1/2009	ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΡΩΣΗΣ %
ΑΓΙΑΣ	146	169	115,75
ΚΑΣΣΑΝΔΡΑΣ	300	279	93,00
ΤΙΡΥΝΘΑΣ	200	280	140,00
ΚΑΥΦ	38	41	107,89
ΑΥΛΩΝΑΣ	308	340	110,39
ΒΟΛΟΣ	65	138	212,31
ΚΑΣΣΑΒΕΤΕΙΑΣ	250	218	87,20
ΚΑΤΚ ΘΗΒΩΝ	300	68	22,67
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	60	85	141,67
ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	160	250	156,25
ΑΜΦΙΣΣΑΣ	100	251	251,00
ΘΕΣ/ΚΗΣ	370	606	163,78
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	80	194	242,50
ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ	105	317	301,90
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	60	46	76,67
ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΣ	800	2018	252,25
ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	270	187	69,26
ΚΩ	45	82	182,22
ΛΑΡΙΣΑΣ	450	864	192,00
ΜΑΛΑΝΔΡΙΝΟ	440	422	95,91
ΝΑΥΠΛΙΟ	314	482	153,50
ΝΕΑΠΟΛΗΣ	45	135	300,00
ΤΡΙΠΟΛΗΣ	65	177	272,31
ΧΑΝΙΑ	67	134	200,00
ΧΙΟΣ	100	141	141,00
ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΣ	105	408	388,57
ΓΡΕΒΕΝΑ	700	330	47,14
ΔΟΜΟΚΟΣ	700	681	97,29
ΘΗΒΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ	300	468	156,00
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	160	227	141,88
ΠΑΤΡΑΣ	780	756	96,92
ΤΡΙΚΑΛΩΝ	700	714	102,00
ΧΑΛΚΙΔΑ	120	228	190,00
ΣΥΝΟΛΑ	8583	11736	136,74

Πηγή: Υπουργείο Δικαιοσύνης, Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων

2.4.2 Υποστελέχωση προσωπικού

Πρόκειται για την αδυναμία των ελληνικών φυλακών σε φυλακτικό και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Είναι ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο γίνεται ακόμα πιο έντονο σε καινούρια συστήματα κράτησης όπως για παράδειγμα αυτό των Σερρών που λειτουργεί από το 2010 χωρίς όμως το απαραίτητο προσωπικό και μη μπορώντας να λειτουργήσει κανονικά.

2.4.3 Έλλειψη διαχωρισμού κρατουμένων υποδίκων και καταδίκων

Λόγω του υπερπληθυσμού των φυλακών θεωρείται δύσκολο έργο ο διαχωρισμός υποδίκων, καταδίκων και κρατουμένων, παρόλο που ορισμένα συστήματα κράτησης προορίζονται για συγκεκριμένο σκοπό όπως ο κορυδαλλός που προορίζεται για φύλαξη υποδίκων όπως στην ουσία και πάλι ο διαχωρισμός είναι δύσκολος.

2.4.4 Πτέρυγες υποδοχής

Είναι απαιτούμενο σε κάθε κρατητήριο να υπάρχει συγκεκριμένη πτέρυγα υποδοχής πρωτοέγκλειστων κρατούμενων, όμως ο υπερπληθυσμός που επικρατεί στις φυλακές, καθιστά κάτι τέτοιο αρκετά δύσκολο.

2.4.5 Υπολειτουργία του κέντρου απεξάρτησης

Το πρωτοπύρο κέντρο απεξάρτησης κρατούμενων τοξικομανών Θήβας , υπολειτουργεί και από τις 300 θέσεις ατόμων τοξικομανών συμπληρώνονται μόνο 30 με 50. Δυστηχώς ενώ θα μπορούσε να αποτελεί παράδειγμα αντιμετώπισης για τη σωφρόνηση των τοξικομανών κρατουμένων. Το κέντρο απεξάρτησης ελαιώνα υπολειτουργεί και ήδη έχει φτιάξει δεύτερο κέντρο απεξάρτησης στη Κασάνδρα Χαλκιδικής.

2.4.6 Αλλοδαποί κρατούμενοι

Στις ελληνικές φυλακές σε σημερινές συνθήκες, επικρατεί πλειοψηφία αλλοδαπών κρατουμένων με αυξανόμενα ποσοστά. Το 2010 οι συλλήψεις άγγιξαν το 90% σε αλλοδαπούς αναφορικά με Έλληνες.

2.4.7 Ασθένειες κρατουμένων

Σύμφωνα με στοιχεία του ερυθρού Σταυρού, οι ασθένειες των έγκλειστων σχετίζονται με πυρετό, χολέρα, ηπατίτιδα, τοξοπλάσμωση , Ελονοσία, λεισμανίαση, λοίαση, πυρετός από κρότνες, aids, λεπτοσπείρωση, λύσσα, γρίπη, γρίπη H1N1, πολυομελίτιδα, και πολλές άλλες ακόμα.

2.4.8 Κέντρα ημιελεύθερης διαβίωσης

Στο σωφρονιστικό κώδικα προβλέπεται τέτοιος τρόπος λειτουργίας σε τμήματα ημιελεύθερης διαβίωσης. Είναι μια λύση που θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σήμερα αποτελώντας διέξοδο για το σύστημα, αλλά παρόλ' αυτά δεν έχει εφαρμοστεί στη χώρα μας κάτι αντίστοιχο ποτέ.

2.4.9 Αγροτικές φυλακές

Οι αγροτικές φυλακές που λειτουργούν στην Ελλάδα , είναι στη Χαλκιδική, την Αργολίδα , στα Χανιά και το Βόλο. Όλες όμως υπολειτουργούν, ενώ δεν εφαρμόζουν συγκεκριμένο πλάνο προγραμματίσης εργασιών και δεν έχουν τεχνολογικά ή σύγχρονα μέσα .

2.4.10 Εργασία κρατουμένων

Συνήθως η εργασία των κρατουμένων περιλαμβάνει καθαριότητα, μαγειρική, συντήρηση εγκαταστάσεων. Σε προγράμματα που εφαρμόστηκαν σε κρατούμενους με διάρκεια τριμήνου, φάνηκε ότι όταν το τρίμηνο ολοκληρώνονταν και οι κρατούμενοι γνώριζαν ότι θα αλλάξουν εργασία, δεν προσπαθούσαν αρκετά και έχαναν το ενδιαφέρον τους χωρίς να προσπαθούν να κάνουν τη δουλειά που είχαν αναλάβει σωστά.

2.4.11 Εκπαίδευση κρατουμένων

Σε κάποια συστήματα κράτησης, όπως στην Αυλώνα, οι κρατούμενοι παρακολουθούν μαθήματα δημοτικού και γυμνασίου. Τα μαθήματα αυτά όμως λειτουργούν συνήθως μόνο σαν κίνητρο στο να μετρήσει η φοίτηση αντί για εργασία οπότε να αποσβεστεί η ποινή και όχι στο να αποκομίσουν γνώσεις.

2.4.12 Απομόνωση

Μετά την αρχική προφυλάκιση το πρώτο δικαστήριο καθυστερεί συνήθως μέχρι και 14 μήνες , ενώ τα εφετεία καθυστερούν μέχρι και 3 έτη. Πρόβλημα υπάρχει ακόμα και στις απολύσεις που αργοπορούν μέχρι και ένα τρίμηνο. Δυστυχώς, η Ελλάδα έχει τόσο ψηλά νούμερα σε ισοβίτες, όσο όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης μαζί.

2.5 Συνταγματικά δικαιώματα κρατουμένων

Οι κρατούμενοι εκτίουν τις ποινές τους μέσα σε συνθήκες πολύ χειρότερες από τις προβλεπόμενες στο νόμο. Αυτό σημαίνει ότι τιμωρούνται βαρύτερα απ' όσο πρέπει και συχνά, ότι μέσα σε μικρότερο χρονικό διάστημα αντιμετωπίζουν δεινά και κακουχίες που μόνο μια πιο μακρόχρονη διαβίωση στις φυλακές θα μπορούσε να δημιουργήσει. Τα αιτήματα φανέρωναν μια κοινωνική συνείδηση. Δεν αφορούσαν μόνο το ατομικό συμφέρον αυτών που τα προέβαλαν. Η αλήθεια είναι ότι σήμερα οι κρατούμενοι απολαμβάνουν τα περισσότερα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα. Συνοπτικά, τα δικαιώματα των κρατουμένων είναι τα εξής:

- Δικαίωμα προσωπικής ελευθερίας
- Αξιοπρέπεια
- Δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας
- Δικαίωμα αναφέρεσαι
- Δικαίωμα δικαστικής προστασίας
- Δικαίωμα στην επικοινωνία
- Δικαίωμα νόμιμου δικαστή
- Δικαίωμα στην εργασία
- Ελευθερία θρησκευτικής συνείδησης
- Δικαίωμα στην εκπαίδευση
- Πολιτικά δικαιώματα

2.6 Σύνοψη κεφαλαίου

Σε μεγάλα σωφρονιστικά καταστήματα, όπως οι φυλακές Κορυδαλλού, τα προβλήματα αποκτούν μεγαλύτερες διαστάσεις και συχνά απειλούν την ασφάλεια μέσα στο ίδιο το σωφρονιστικό κατάστημα

Εξαιτίας της έλευσης μεταναστών οι κρατούμενοι έχουν σημειώσει ανοδική πορεία με συνεχώς αυξανόμενες τιμές. Στο σωφρονιστικό κώδικα προβλέπεται τρόπος λειτουργίας σε τμήματα ημελεύθερης διαβίωσης, όμως η έλλειψη στα ελληνικά κρατητήρια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει ελλειπέστατη. Μερικοί από τους τρόπους χρηματοδότησης είναι η ανάθεση φροντίδας για την κατασκευή των εγκαταστάσεων στον ιδιωτικό τομέα, οι ιδιωτικές υπηρεσίες που παρέχονται με σύμβαση έργου, η εργασία κρατουμένων κ.α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΟΙ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ

Δύο σύγχρονα διαγνωστικά εγχειρίδια ταξινομικών συστημάτων είναι το ICD (International Code of Disorders) που εξέδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και βρίσκεται στην δέκατη του αναθεωρημένη έκδοση και χρησιμοποιείται εδώ και πάρα πολλά χρόνια και το DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Disorders) της αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρείας που βρίσκεται στην πέμπτη του επεξεργασία, όπου από το 1952 χρησιμοποιεί η Αμερικανική ψυχιατρική . Στόχος της διαμόρφωσης αυτών των ταξινομητικών συστημάτων είναι ο καθορισμός ομάδων ασθενών με παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά, πορεία νόσου, έκβαση και ανταπόκριση στην θεραπεία, έτσι ώστε να γίνει ευκολότερα η εξατομικευμένη αντιμετώπιση αλλά και η διαμόρφωση τύπων θεραπευτικής παρέμβασης και πρόγνωσης και μελλοντικής τους εφαρμογής (Ευθυμίου, 2009).

3.1 Ψυχικές διαταραχές

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.

3.1.1 Κατάχρηση αλκοόλ

Επιζήμια για την υγεία του ανθρώπου είναι και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Το αλκοόλ ευθύνεται για τη θνησιμότητα αλλά και για τραυματισμούς. Ειδικότερα, το αλκοόλ θεωρείται υπεύθυνο για την κίρρωση του ήπατος, τα τροχαία ατυχήματα, τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες, δηλαδή για τέσσερις από τις δέκα βασικότερες αιτίες θανάτου σήμερα

Η χρήση και η κατάχρηση αλκοόλ ξεκινά συνήθως από την εφηβική ηλικία. Οι έφηβοι ακολουθούν συνήθως τα πρότυπα και τις συμπεριφορές άλλων μελών της οικογενείας τους όπως οι γονείς και τα αδέρφια αλλά και μελών του κοινωνικού τους περιβάλλοντος όπως οι σύντροφοι και οι φίλοι. Οι παράγοντες λοιπόν που μπορούν να οδηγήσουν κάποιον στην έναρξη της χρήσης αλκοόλ είναι:

1. Η χρήση του αλκοόλ ως μέσο αντίδρασης και εξέγερσης στη γονεϊκή καταπίεση και αυστηρότητα.
2. Η χρήση του αλκοόλ για τη δημιουργία καλύτερης διάθεσης και ψυχαγωγίας.
3. Η χρήση του αλκοόλ προκειμένου να γίνει κάποιος κοινωνικά αποδεκτός και να μη διαφέρει από τα υπόλοιπα μέλη του περιβάλλοντος του.
4. Η χρήση του αλκοόλ ως μέσου για την άρση των περιορισμών και των αναστολών προκειμένου να επιδείξουν θάρρος που χωρίς το αλκοόλ δεν έχουν.
5. Η χρήση του αλκοόλ ως μέσου απόδρασης και ανακούφισης από μία σειρά προβλημάτων, ψυχολογικών και προσωπικών (Τριανταφυλλίδου & Τσουμάκας, 2006).

Οικονομικά προβλήματα, δυσλειτουργικές ή προβληματικές σχέσεις, ασθένειες, θάνατοι και άλλα προβλήματα μπορούν να οδηγήσουν στη χρήση αλκοόλ προκειμένου να ανακουφιστεί κάποιος από τις δυσάρεστες συνέπειες που αυτά δημιουργούν. Επίσης, σημαντικό παράγοντα επιρροής μπορεί να αποτελέσει και ο αλκοολικός γονέας που λειτουργεί ως κοινωνικό πρότυπο. Η ύπαρξη ενός αλκοολικού γονέας επίσης πέρα από τον μιμητισμό δημιουργεί συνήθως στον έφηβο και άλλα προβλήματα που θα τον οδηγήσουν με τη σειρά του στη χρήση αλκοόλ. Η συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση και οι έντονες καταστάσεις και διαταραχές που ζει μία οικογένεια με κάποιον αλκοολικό στους κόλπους του, θα οδηγήσει στη διατάραξη των σχέσεων γονέα παιδιού. Επίσης, ο έφηβος που έχει αλκοολικό γονέα είναι πιθανό να βιώνει την απουσία του γονέα από τη ζωή με αποτέλεσμα να μην υπάρχει πειθαρχία και γονική επίβλεψη. Η ανατροφή και η διάπλαση του παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα αφού ζει σε ένα περιβάλλον στο οποίο έρχεται αντιμέτωπο ακόμα και με εχθρικές συμπεριφορές, με αποτέλεσμα να έχει χαμηλή αυτό-εκτίμηση που οδηγεί στη χρήση του αλκοόλ. Αυτός είναι και ο λόγος που οι έφηβοι που έχουν αλκοολικούς συγγενείς πρώτου βαθμού κινδυνεύουν 3 με 5 φορές περισσότερο να οδηγηθούν και αυτοί στη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ (Τριανταφυλλίδου & Τσουμάκας, 2006).

Στην κατάχρηση του αλκοόλ οδηγεί επίσης η προσπάθεια για κοινωνική ένταξη. Εάν είναι σύνηθες και κοινωνικό αποδεκτό μία παρέα να πίνει, τότε δεν μπορεί εύκολα να ενταχθεί κάποιος σε αυτή αν δεν έχει και αυτός τις ίδιες συνήθειες. Επίσης, κοινωνικά θεωρείται αποδεκτό και μάλιστα σε κάποιες περιπτώσεις και μεγάλο πλεονέκτημα για τους άνδρες να είναι σε θέση να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ ως «απόδειξη» του ανδρισμού τους. Θα πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις, η κατάχρηση

αλκοόλ αποτελεί μέρος μίας γενικότερης αποκλίνουσας συμπεριφοράς που όπως η άσχημη ακαδημαϊκή επίδοση, η μοναξιά, κ.ά (Τριανταφυλλίδου & Τσουμάκας, 2006).

3.1.2 Καταθλιπτικές διαταραχές

Στις Ηνωμένες Πολιτείες σήμερα, η διάγνωση της κατάθλιψης είναι βασισμένη στα κριτήρια από την τέταρτη έκδοση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Διανοητικών Διαταραχών (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV). Το DSM-IV προσδιορίζει δύο γενικούς τύπους κατάθλιψης: την οξεία κατάθλιψη (major depression) και τη δυσθυμική διαταραχή (dysthymic disorder), έναν λιγότερο βαρύ τύπο κατάθλιψη. Για να διαγνωστεί ως πάσχον από οξεία κατάθλιψη, ένα πρόσωπο πρέπει να χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον πέντε από τα εννέα συμπτώματα που απαριθμούνται στο DSM, ενώ ένα από τα πέντε συμπτώματα θα πρέπει να είναι είτε η «καταθλιπτική διάθεση» είτε η «απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης». Επίσης, η κατάσταση θα πρέπει να εμμένει για τουλάχιστον δύο εβδομάδες και να έχει επιπτώσεις στην καθημερινή λειτουργία του προσώπου.

Το DSM-IV περιλαμβάνει διάφορους τύπους οξείας κατάθλιψης. Ένα πρόσωπο με οξεία κατάθλιψη που παρουσιάζει επίσης αυταπάτες ή παραισθήσεις διαγιγνώσκεται με οξεία κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Για αυτούς τους ανθρώπους, οι αυταπάτες (ή οι ψευδείς πεποιθήσεις) είναι γενικά καταθλιπτικής φύσης, περιλαμβάνοντας συνήθως την ενοχή ή ιδέες πως οι ίδιοι αξίζουν να τιμωρηθούν. Οι παραισθήσεις είναι συνήθως ακουστικές και το περιεχόμενο τους τείνει να είναι μειωτικό. Για παράδειγμα, ένα πρόσωπο μπορεί να ακούσει φωνές να του λένε, «δεν αξίζεις να ζεις». Όταν η οξεία κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από ψυχοκινητική διαταραχή, όπως η φυσική ακινησία, το πρόσωπο λέγεται πως παρουσιάζει κατατονικά χαρακτηριστικά. Η απώλεια ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες ή μια έλλειψη αντιδραστικότητας σε ζητήματα που υπό φυσιολογικές συνθήκες είναι ευχάριστα οδηγεί σε μια διάγνωση μελαγχολικών χαρακτηριστικών. Τέλος, ένα σημαντικό καταθλιπτικό επεισόδιο που εμφανίζεται μέσα σε τέσσερις εβδομάδες μετά από τον τοκετό, ονομάζεται μετά τον τοκετό κατάθλιψη (postpartum depression).

Αν και η δυσθυμική διαταραχή είναι λιγότερο ισχυρή από την οξεία κατάθλιψη, είναι πιο επίμονη. Πέρα από την καταθλιπτική διάθεση, η παρουσία δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα απαιτείται για τη διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής: η

απώλεια όρεξης, τα προβλήματα του ύπνου, η χαμηλή ενέργεια, ο χαμηλός αυτοσεβασμός, η φτωχή αυτοσυγκέντρωση, και τα συναισθήματα ανημποριάς. Τα συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον δύο χρόνια.

Η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ασθένεια, που έχει επιπτώσεις σχεδόν σε έναν στους 10 ενηλίκους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι γυναίκες είναι περίπου δύο φορές πιθανότερο από τους άνδρες να παρουσιάσουν κατάθλιψη, ανεξάρτητα από την κουλτούρα, την εθνικότητα, ή την κοινωνικοοικονομική ομάδα. Δεν είναι απολύτως σαφές γιατί οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άνδρες για την κατάθλιψη. Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, η υποθετικά 'κατώτερη' ανατομία των γυναικών ήταν η πιθανή αιτία. Αλλά οι σύγχρονες μελέτες συνιστούν ότι η κατάθλιψη στις γυναίκες είναι ένα σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από βιολογικούς, κοινωνικούς, και ψυχολογικούς παράγοντες

3.1.3.Καταθλιπτικό επεισόδιο

Με βάση μια εθνική μελέτη της κατάθλιψης στον Καναδά (NPHS, 1994-1995) εξετάστηκαν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν την κατάθλιψη. Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κύρια απασχόληση ή το χαμηλό εισόδημα δεν αποτέλεσαν παράγοντες που προβλέπουν την κατάθλιψη γενικά. Μεταξύ των γυναικών, τρία μέτρα συνδέθηκαν σημαντικά με ένα μετέπειτα οξύ καταθλιπτικό επεισόδιο (Bruce et al., 2002): η ύπαρξη προηγούμενου οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου, τα συναισθήματα υπερβολικής καταβολής ή εκτός ελέγχου και η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης. Ομοίως, οι γυναίκες που βρέθηκαν να στερούνται συναισθηματικής υποστήριξης στην έρευνα του NPHS είχαν αυξημένες πιθανότητες για μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια από ό,τι για τις γυναίκες που είχαν επαρκή κοινωνική υποστήριξη, γεγονός που εξηγεί τον κρίσιμο ρόλο της κοινωνικής μεσολάβησης (social buffering). Η διάγνωση ενός χρόνιου προβλήματος υγείας ήταν επίσης προφητική της κατάθλιψης αλλά μόνο για τις γυναίκες. Μερικοί παράγοντες αύξησαν κίνδυνο κατάθλιψης στους άνδρες και τις γυναίκες με διαφορετικούς τρόπους. Παραδείγματος χάριν, οι τραυματικές εμπειρίες στην παιδική ηλικία ή την πρώτη ενηλικίωση, καθώς και μια χαμηλή αίσθηση δεξιότητας συνδέθηκαν με έναν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης για τις γυναίκες αλλά όχι για τους άνδρες. Η εν λόγω μελέτη απομόνωσε τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της κατάθλιψης, και αυτοί είναι οι παρακάτω (Bruce et al., 2002).

3.1.4 Αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις καταστάσεις δυνητικά έχουν διαφορετικές επιδράσεις από άνθρωπο σε άνθρωπο και οι επιδράσεις τους στην υγεία εξαρτώνται από τον τρόπο με τον οποίο τις βιώνει και τις αντιμετωπίζει ο καθένας. Παράγοντες που επηρεάζουν την ένταση του αγχώδους ερεθίσματος είναι η σπουδαιότητα, η διάρκεια και ο αριθμός των απαιτήσεων από το περιβάλλον. Όσο περισσότερο διαρκεί το στρεσογόνο ερέθισμα, τόσο μεγαλώνει και η έντασή του. Η ένταση του στεσογόνου ερεθίσματος επηρεάζεται από την υποκειμενική αξιολόγηση που κάνει το άτομο που το βιώνει. Η υποκειμενική ερμηνεία μπορεί να επηρεάσει την ένταση του ερεθίσματος θετικά ή αρνητικά. Αυτή η αξιολόγηση εξαρτάται από τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, το βαθμό πληροφόρησης που έχει για την κατάσταση που αντιμετωπίζει, τις εναλλακτικές λύσεις που βλέπει να έχει και το βαθμό νοημοσύνης του. Άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ένταση του στεσογόνου ερεθίσματος είναι η εγγύτητά του. Όσο πλησιάζει ο χρόνος κατά τον οποίο επιβάλλεται να αντιμετωπίσει κάποιος ένα δυσάρεστο γεγονός, τόσο μεγαλώνει η ένταση του στρες. Τέλος, η προβλεψιμότητα ή μη του στεσογόνου ερεθίσματος, επηρεάζει την έντασή του.

Ήδη από τις αρχές του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα, ξεκίνησε η διερεύνηση του εργασιακού στρες γενικότερα, ενώ η έρευνα πήρε μεγάλες διαστάσεις από το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα. Σήμερα, είναι αποδεδειγμένο ότι το εργασιακό στρες καθορίζει την απόδοση του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ όταν αυτό εντείνεται, μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε παραίτηση των εργαζομένων. Παράγοντες όπως οι συνθήκες εργασίας, οι διαπροσωπικές σχέσεις μέσα και έξω από το χώρο εργασίας, τα κίνητρα, ο βαθμός υπευθυνότητας του κάθε εργαζόμενου, ανεξάρτητα από τη θέση που κατέχει στην ιεραρχία, παίζουν καθοριστικό ρόλο στο βαθμό παραγωγικότητας στον εργασιακό χώρο. Αν όλοι οι παραπάνω παράγοντες, δρουν αρνητικά στη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, τότε κατά συνέπεια επηρεάζεται και ο βαθμός αποδοτικότητάς τους

Σε καταστάσεις στρες παρατηρείται υπερέκκριση κορτιζόνης, η οποία προκαλεί μείωση της αμυντικής ικανότητας του σώματος. Παρατηρείται επίσης υπερέκκριση θυρορμόνης, η οποία αυξάνει το μεταβολισμό, με συνέπεια απώλεια βάρους ή το αντίθετο αύξηση βάρους παρ' ότι μπορεί το άτομο να μην έχει τροποποιήσει τις διατροφικές του συνήθειες. Ακόμη, παρατηρείται αυξημένη δραστηριοποίηση του υποθαλάμου της υπόφυσης και των επινεφριδίων, υπερέκκριση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο,

περιορισμό των αποθεμάτων της, κατά συνέπεια ημικρανίες και πόνους στην πλάτη και ελάττωση τεστοστερόνης στους άντρες και προγεστερόνης στις γυναίκες, με αποτέλεσμα διαταραχές στη σεξουαλική τους ζωή και τη γονιμότητα. Άλλη αρνητική επίπτωση είναι η αύξηση της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα που συνοδεύεται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη. Ακόμα, παρατηρείται ταχυκαρδία και υπέρταση, αυξημένη πήξη αίματος, επομένως αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος, μείωση της λειτουργίας του γαστρεντερικού σωλήνα και αύξηση της ευερεθιστότητας των αντανακλαστικών. (Bruce et al., 2002).

3.2 Ιδρυματισμός

Πρόσφατα έχουν γίνει προσπάθειες για την αντιμετώπιση του φαινομένου του ιδρυματισμού στην Ελλάδα λόγω των σοβαρών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία του ατόμου. Διαρκώς πραγματοποιούνται προσπάθειες αποϊδρυματοποίησης, σε αρκετά κλειστά ιδρύματα περίθαλψης (π.χ. ορφανοτροφεία), αφού τις πιο πολλές φορές 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 στην ψυχική υγεία.

Όλες οι παράμετροι του ατόμου, για όσο χρονικό διάστημα ζει σε εγκλεισμό, είναι καθορισμένα (Bruce et al., 2002).

3.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη

Ο άρρωστος θα πρέπει να :

Εκφράζει την επιθυμία του για ζωή κάνει μελλοντικά σχέδια που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση μαζί με φαρμακευτική αγωγή (Ραγιά Α. ,2007). Τα αίτια των θανάτων στη φυλακή δεν μπορούν παρά ν' αναζητηθούν στα δεινά του εγκλεισμού, τον υπερπληθυσμό της φυλακής, το υψηλό ποσοστό ψυχικής ασθένειας και χρήσης ναρκωτικών ουσιών, την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και πολιτικής για την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης. Δυστυχώς, οι πρόσφατες έρευνες δεν είναι καθόλου αισιόδοξες για το μέλλον.

Αναφορικά με τη θεραπεία και πρόληψη επισημαίνονται τα εξής:

Ψυχαναλυτική

Ο Freud πειραματίστηκε με διάφορες θεραπευτικές τεχνικές, συμπεριλαμβανομένης της ύπνωσης και μιας μορφής υποβολής. Σε αυτήν ο ίδιος καθόταν πίσω από τον ασθενή, κρατώντας το κεφάλι του στα χέρια του και ασκώντας του ήπια πίεση. Παράλληλα δήλωνε στον ασθενή ότι το δύσκολο υλικό θα «απελευθερωνόταν» όταν θα σταματούσε τη φυσική πίεση που ασκούσε. Αργότερα ο Freud έπαψε να χρησιμοποιεί αυτές τις μεθόδους επειδή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι για την καλή ψυχοθεραπεία είναι κρίσιμη η σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή. Στη θέση της υποβολής χρησιμοποίησε τον ελεύθερο συνειρμό. Σε αυτή τη διαδικασία ο ασθενής έλεγε φωναχτά οτιδήποτε του ερχόταν στο μυαλό, χωρίς να κάνει καμιά συνειδητή προσπάθεια να ελέγξει ή να λογοκρίνει τα λόγια του. Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία, ο πελάτης ξάπλωνε έτσι ώστε να μην μπορεί να δει το πρόσωπο του θεραπευτή και να μην καθοδηγείται από οποιαδήποτε έκφραση του προσώπου του δεύτερου, αλλά μόνο από τη ροή των δικών του σκέψεων.

Μέσω του ελεύθερου συνειρμού οι θεραπευόμενοι είναι δυνατόν να θυμηθούν πραγματικά περιστατικά της παιδικής τους ηλικίας. Με δεδομένη όμως τη χρήση μηχανισμών άμυνας του Εγώ, τέτοιες αποκαλύψεις δεν είναι πολύ πιθανό να συμβούν. Αντίθετα, ο θεραπευτής καθοδηγείται περισσότερο από αυτά που δεν λέει ο πελάτης παρά από αυτά που λέει. Οι παύσεις, κατά τις οποίες ο πελάτης δεν μπορεί να σκεφτεί μια λέξη ή να ολοκληρώσει μια πρόταση, καθώς και οι απότομες αλλαγές θέματος μπορεί να αποτελούν ένδειξη ότι προσεγγίζονται ευαίσθητα ζητήματα. Οι γλωσσικές παραδρομές, κατά τις οποίες ο ασθενής ήθελε να πει κάτι και τελικά λέει κάτι διαφορετικό (το γνωστό

φροϋδικό ολίσθημα), ενδέχεται επίσης να είναι ενδεικτικές της ύπαρξης ευαίσθητων ζητημάτων, που ο θεραπευτής μπορεί να εξερευνήσει σε βάθος.

Η ερμηνεία των ονείρων ήταν άλλη μια τεχνική που χρησιμοποίησε ο Freud, ο οποίος παρομοίαζε τα όνειρα με τη «βασιλική οδό προς το ασυνείδητο». Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ερμηνεία (Freud, 1900) του ονείρου μιας γυναίκας, στο οποίο υπήρχαν εικόνες λουλουδιών για τον στολισμό ενός τραπέζιου σε μια εκδήλωση εορτασμού γενεθλίων. Όταν ζητήθηκε από τη γυναίκα να κάνει ελεύθερους συνειρμούς σχετικά με τα στοιχεία του ονείρου της, εκείνη συσχέτισε τη βιολέτα με το βιάζω, μια λέξη που έχει και σεξουαλική και επιθετική σημασία. Ο Freud ερμήνευσε τα άνθη ως σύμβολα της γονιμότητας και τα γενέθλια ως σύμβολο μιας επερχόμενης γέννας ή εγκυμοσύνης. Συνακόλουθα, το όνειρο της γυναίκας συμβόλιζε την επιθυμία της να μείνει έγκυος από τον αρραβωνιαστικό της.

Συμπεριφοριστική θεραπεία

Οι ρίζες της θεραπείας της συμπεριφοράς εντοπίζονται στις θεωρίες της κλασικής και συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης, που αναπτύχθηκαν από τις αρχές έως και τα μέσα του 20ού αιώνα από τον Pavlov ([1927] 1960) και τον Skinner (1953). Παρόλο που οι δύο θεωρίες διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους στον τρόπο ερμηνείας της συμπεριφοράς, γενικά συμφωνούν στα ακόλουθα:

- Η συμπεριφορά καθορίζεται από εξωτερικά γεγονότα.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες μάθησης καθοδηγούν την τρέχουσα συμπεριφορά.
- Η αλλαγή της συμπεριφοράς μπορεί να επιτευχθεί μέσω του άμεσου χειρισμού των εξωτερικών γεγονότων: δεν υπάρχει λόγος εξερεύνησης ή αλλαγής του «ψυχισμού» ή του «εσωτερικού κόσμου» του ατόμου .
- Οι αρχές της μάθησης υπόκεινται σε επιστημονική έρευνα και ισχύουν για όλα τα είδη: οι έρευνες σε επίμυες αποτελούν τη βάση για την κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Η συμπεριφοριστική θεραπεία βασίζεται στην υπόθεση ότι η συμπεριφορά διέπεται από τους νόμους της μάθησης, οι διαταραχές εμφανίζονται ως συνέπεια συγκεκριμένων εμπειριών μάθησης και μπορούν να αντιμετωπιστούν με τη χρήση των ίδιων αρχών. Το είδος της θεραπείας που δημιουργήθηκε διέφερε ριζικά από τις ψυχαναλυτικές στα εξής σημεία:

- Η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι κατευθυντική. Ο θεραπευτής καθοδηγεί τον πελάτη με ενεργητικό τρόπο χρησιμοποιώντας μεθόδους που βασίζονται στις αρχές της μάθησης.
- Ο στόχος της θεραπείας είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς, και όχι η αναδόμηση της προσωπικότητας.
- Η συμπεριφοριστική θεραπεία είναι σε γενικές γραμμές μικρότερης διάρκειας από άλλες μορφές θεραπείας.
- Οι παρεμβάσεις είναι συγκεκριμένες και εξαρτώμενες από την περίπτωση. Δεν υπάρχει ένας κοινός θεραπευτικός στόχος, όπως η ενόραση ή η κάθαρση.

Συστηματική απευαισθητοποίηση

Η έκθεση στα ερεθίσματα πραγματοποιείται ενόσω ο πελάτης βρίσκεται σε κατάσταση χαλάρωσης. Στην αρχή της παρέμβασης το άτομο μαθαίνει να χαλαρώνει με τη χρήση συστηματικών ασκήσεων χαλάρωσης. Παράλληλα, κατατάσσει ιεραρχικά τα ερεθίσματα έτσι ώστε αυτά σταδιακά να μοιάζουν με το φοβικό αντικείμενο, προκειμένου να καθορίσει τη σειρά έκθεσής του στο καθένα.

Η θεραπεία διέρχεται διάφορα στάδια. Σε κάθε στάδιο ο πελάτης πρώτα χαλαρώνει και κατόπιν εκτίθεται σε ένα από τα ιεραρχικά καθορισμένα ερεθίσματα, ξεκινώντας από εκείνο που απέχει περισσότερο από το φοβικό αντικείμενο. Η παρουσία του ερεθίσματος διαρκεί χρονικά έως ότου ο πελάτης νιώσει πλήρως χαλαρωμένος. Η διαδικασία επαναλαμβάνεται πολλές φορές, μέχρι το ερέθισμα να μην προκαλεί πλέον μια αντίδραση άγχους. Στη συνέχεια η θεραπεία προχωρά στο επόμενο ερέθισμα της ιεραρχίας, και επαναλαμβάνονται οι ίδιες διαδικασίες μέχρι ο πελάτης να είναι σε θέση να αντεπεξέλθει στην παρουσία του φοβικού αντικειμένου. Αυτή η διαδικασία θεωρείται ότι επιφέρει μια σειρά από μαθησιακές αλλαγές. Πρώτον, εξαλείφει τη φοβική αντίδραση στο ερέθισμα. Δεύτερον, επειδή το άτομο είναι χαλαρό ενόσω το φοβικό ερέθισμα είναι παρόν, δημιουργείται μια αντιεξάρτηση, στην οποία μια αντίδραση χαλάρωσης εξαρτάται στο προηγούμενως φοβικό ερέθισμα (Bennett , 2010).

Κατακλυσμική μέθοδος

Η συστηματική απευαισθητοποίηση παρέχει μια σταδιακή προσέγγιση στη θεραπεία των φοβιών. Αλλά ενώ είναι «φιλική προς τον χρήστη», είναι σχετικά αργή. Μια διαμετρικά αντίθετη προσέγγιση είναι η κατακλυσμική μέθοδος. Σε αυτήν οι πελάτες εκτίθενται απευθείας στο πιο φοβικό ερέθισμα και ενθαρρύνονται να παραμείνουν σε αυτό

μέχρις ότου να μη νιώθουν πλέον κανένα φόβο. Η διαδικασία αυτή διαρκεί περίπου μια ώρα. Η θεραπεία βασίζεται στις αρχές της εξοικείωσης (Bennett, 2010).

3.4. Γνωστικές Θεραπείες

Οι γνωσιακές θεραπείες του Aaron Beck (1977) και του Albert Ellis (1977), υποθέτουν ότι οι γνωσιακές αντιδράσεις των ατόμων στα γεγονότα -και όχι τα ίδια τα γεγονότα- καθορίζουν το συναίσθημά τους, και ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι συνέπεια «δυσλειτουργικού» ή «παράλογου» τρόπου σκέψης. Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα λανθασμένων ερμηνειών των περιβαλλοντικών γεγονότων. Οι σκέψεις αυτές ασκούν άμεση επίδραση στο συναίσθημα, στη συμπεριφορά και στην ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ο Ellis αποκαλούσε αυτή τη διεργασία θεωρία A-B-C λειτουργίας της προσωπικότητας. Σύμφωνα με αυτήν:

Το A (Activation) αναφέρεται σε ένα ενεργοποιητικό γεγονός, το οποίο πυροδοτεί μια συναισθηματική αντίδραση .

Το C (Consequences) είναι η συναισθηματική ή συμπεριφορική αντίδραση στο γεγονός αυτό.

Το B (Belief systems) αναφέρεται στην ενδιάμεση γνωσιακή διεργασία, δηλαδή στις πεποιθήσεις του ατόμου για τα γεγονότα που βρίσκονται πάντα μεταξύ του A και του C.

Ο Beck αποκαλούσε τις σκέψεις, που προκαλούν αρνητικά συναισθήματα αυτόματες αρνητικές σκέψεις. Οι σκέψεις αυτές έρχονται αυτόματα στον νου ως η πρώτη αντίδραση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, χωρίς υποχρεωτικά να έχουν λογική ή να βασίζονται στην πραγματικότητα. Ο αυτοματοποιημένος χαρακτήρας τους όμως σημαίνει ότι δεν επιδέχονται αμφισβήτηση και θεωρούνται αληθινές. Ο Beck αναγνώρισε δυο επίπεδα γνωσιών:

Επιφανειακές γνωσίες. Πρόκειται για σκέψεις των οποίων έχουμε επίγνωση - αυτές είναι οι αυτόματες αρνητικές σκέψεις. Μπορούμε να τις εντοπίσουμε και να τις αναφέρουμε με σχετική ευκολία. Θεωρείται ότι επηρεάζουν τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά και τα επίπεδα της φυσιολογικής μας διέγερσης.

Γνωσιακά σχήματα. Πρόκειται για μια ομάδα ασυνείδητων πεποιθήσεων αναφορικά με τον εαυτό και τον κόσμο, οι οποίες βρίσκονται στη βάση των επιφανειακών γνωσιών και τις επηρεάζουν.

Η αποδοχή του ρόλου των γνωσιών στην κατάθλιψη δεν οδήγησε στην ολοκληρωτική απόρριψη των συμπεριφοριστικών τεχνικών. Αυτό που συνέβη θα μπορούσε να χαρακτηριστεί περισσότερο ως θεραπευτική εξέλιξη παρά ως ανατροπή. Η γνωσιακή-συριφοριστική θεραπεία χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στοιχεία:

- ✓ Ο βασικός στόχος είναι η αλλαγή των γνωσιακών παραποιήσεων.
- ✓ Είναι συνήθως βραχείας διάρκειας.
- ✓ Διατηρεί μεγάλο αριθμό συμπεριφοριστικών στοιχείων.
- ✓ Εστιάζεται στο «εδώ και τώρα», παρόλο που η διερεύνηση των γνωσιακών σχημάτων μπορεί να απαιτήσει την εξέταση κάποιων γεγονότων του παρελθόντος.

Είναι κατευθυντική, με την έννοια ότι ο θεραπευτής έχει ενεργητικό ρόλο στην αναγνώριση των γνωσιακών λαθών και βοηθά τον πελάτη να τα αναγνωρίσει.

Επικεντρώνεται στις δεξιότητες (γνωσιακές, συμπεριφοριστικές) που διδάσκονται στο άτομο για να το βοηθήσουν να αντιμετωπίζει καλύτερα τα συναισθηματικά του προβλήματα. Ο Meichenbaum (1985) αποκαλούσε τον θεραπευτή «εκπαιδευτή».

3.5 Φαρμακοθεραπεία

Η ενεργοποίηση των συστημάτων του εγκεφάλου εξαρτάται από τη δραστηριότητα των επιμέρους νευρώνων, οι οποίοι με τη σειρά τους ρυθμίζονται από την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που είναι διαθέσιμη στον μετασυναπτικό υποδοχέα. Μεγάλη ποσότητα νευροδιαβιβαστή οδηγεί στην υπερενεργοποίηση του συστήματος, ενώ πολύ μικρή ποσότητα οδηγεί στην υπολειτουργία του. Ο στόχος της φαρμακοθεραπείας είναι η επίτευξη των κατάλληλων επιπέδων των βασικών νευροδιαβιβαστών (Bennett, 2010).

Τα φάρμακα συνήθως λαμβάνονται από το στόμα ή χορηγούνται ενδοφλέβια στους μύς, εισέρχονται δηλαδή στην κυκλοφορία του αίματος. Φθάνουν στον εγκέφαλο μέσω των μικρών αιμοφόρων αγγείων που τον διαπερνούν με αυτό τον τρόπο (Bennett, 2010).

Για τη θεραπεία της κατάθλιψης, τα πρώτα αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά που δημιουργήθηκαν ήταν οι λεγόμενοι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ).

Παρά την αποτελεσματικότητά τους, τα ΜΑΟΙ πρέπει να χορηγούνται με προσοχή. Ωστόσο, επειδή σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες η σεροτονίνη κατέχει σημαντικότερο ρόλο στην αιτιολογία της κατάθλιψης συγκριτικά με τη νορεπινεφρίνη, η θεραπεία γίνεται πλέον κυρίως με φάρμακα που επηρεάζουν τα επίπεδα της σεροτονίνης: τα τρικυκλικά, τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) και τους

αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (SNRI), (Bennett, 2010).

3.6 Ανθρωπιστική θεραπεία

Υπάρχουν αρκετές σχολές ανθρωπιστικής θεραπείας, με προεξάρχουσα την πελατοκεντρική θεραπεία του Rogers. Ο Rogers θεωρούσε ότι η παθολογία είναι αποτέλεσμα της παρέκκλισης του ατόμου από την πορεία του προς την αυτοπραγμάτωση, η οποία παρέκκλιση είναι συνήθως το αποτέλεσμα της υπό όρους αποδοχής του. Η θεραπεία επιδιώκει την επαναφορά του ατόμου στην πορεία προς την αυτοπραγμάτωση (Bennett, 2010).

Η προσωποκεντρική θεραπεία επιδιώκει να παρέχει ένα περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο μπορεί να εντοπίσει τους δικούς του στόχους ζωής και τους τρόπους με τους οποίους επιθυμεί να τους επιτύχει. Κύριο μέλημα, είναι να θέσει το άτομο στην πορεία προς την αυτοπραγμάτωσή του. Ο Rogers πίστευε ότι η θεραπεία δεν εξαρτάται από τεχνικές ή από ενέργειες του θεραπευτή προς τον πελάτη. Αντίθετα, το πιο σημαντικό στοιχείο για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητάς της είναι η ποιότητα της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Στόχος του θεραπευτή είναι να δημιουργήσει ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο το άτομο δεν θα κρίνεται, αλλά θα είναι ελεύθερο να εξερευνήσει νέους τρόπους ύπαρξης. Αυτό σημαίνει ότι η θεραπεία οφείλει να παρέχει τις συνθήκες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη που έχει εκ των προτέρων καθοριστεί. Για να το επιτύχει αυτό, ο θεραπευτής πρέπει να διαθέτει τρία χαρακτηριστικά (Bennett, 2010). :

1. Να είναι αυθεντικός στη σχέση του με τον πελάτη .
2. Να επιδεικνύει ενσυναισθητική κατανόηση για την οπτική του πελάτη και να του την κοινοποιεί .
3. Να παρέχει άνευ όρων αποδοχή.

3.7 Σύνοψη κεφαλαίου

Η έναρξη και η κατάχρηση του αλκοόλ σχετίζεται όπως και το κάπνισμα με μία σειρά παράγοντες. Βασικός σε αυτή την περίπτωση είναι ο κοινωνικός παράγοντας.

Ειδικότερα, για τη έναρξη της χρήσης του αλκοόλ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Σύμφωνα με τους Bruce et al., (2002) η οξεία κατάθλιψη είναι μια κοινή, βλαβερή διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μια περίοδο τουλάχιστον δύο εβδομάδων στις οποίες ένα πρόσωπο χάνει την ευχαρίστηση σχεδόν σε κάθε δραστηριότητά του δραστηριότητες ή/και παρουσιάζει μια καταθλιπτική διάθεση. Πολλά ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα αυξάνονται και εντείνονται εξαιτίας του άγχους. Το έντονο άγχος μπορεί να προκαλέσει τις λεγόμενες αγχώδης διαταραχές όπως διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία , φοβίες όπως η απλή ή κοινωνική φοβία , η ψυχαναγκαστική διαταραχή , η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή . Σήμερα οι συμπεριφοριστικές και γνωσιακές τεχνικές χρησιμοποιούνται συχνά μαζί, κάτω από την επικεφαλίδα της γνωσιακής ή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Ο στόχος της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι πρωταρχικά η γνωσιακή αλλαγή, παρόλο που για αυτό τον σκοπό χρησιμοποιούνται τόσο συμπεριφοριστικές όσο και γνωσιακές τεχνικές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ

4.1 Υγεία κρατουμένων

4.1.1 Δικαιώματα κρατουμένων στην υγεία

Σύμφωνα με το άρθρο 12 της Διεθνούς Σύμβασης που αφορά τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα³ εξασφαλίζεται ότι κάθε άτομο θα έχει τόσο σε επίπεδο σωματικό όσο και ψυχικό τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Επίσης όσον αφορά τους φυλακισμένους θα μπορούν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας χωρίς να διακρίνονται από τους άλλους πολίτες⁴, και φυσικά το κάθε κράτος-μέλος του Συμβουλίου της Ευρώπης οφείλει να φροντίζει την σωστή περίθαλψη του εκάστοτε φυλακισμένου, αφού οι ίδιοι λόγω της κατάστασης τους δεν τους επιτρέπεται. Το γεγονός ότι υπάρχουν οικονομικά προβλήματα, παρόλο που είναι ένα σοβαρό πρόβλημα, δεν θα πρέπει να εμποδίζουν τις δαπάνες για θέματα υγείας των φυλακισμένων (Αλιμπουτάκη,1985).

Οι ευρωπαϊκοί κανόνες που επανεξετάστηκαν και αφορά τους φύλακες, αναφέρεται ότι η διεύθυνση των φυλακών πρέπει να μεριμνά και να προσέχει την υγεία των φυλακισμένων (άρθρο 39), όπως και να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών υγείας των φυλακών και των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (άρθρο 40). Ακόμη, θα πρέπει να υπάρχει ένας τουλάχιστον ειδικευμένος γιατρός (άρθρο 41). Κατά το άρθρο 4 του Συντάγματος της Ελλάδας, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των πολιτών είναι ίδια για όλους. Μάλιστα και στο Σωφρονιστικό Κώδικα της Ελλάδας (ΣΚ) λέγεται ότι οι φυλακισμένοι έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους ελεύθερους πολίτες, πλην όμως του ότι στερούνται την προσωπική τους ελευθερία.^{7,8} Μέσα σ' αυτά τα δικαιώματα των φυλακισμένων είναι και το δικαίωμα που έχουν για την υγεία, δηλαδή ότι εξασφαλίζονται ικανοποιητικές συνθηκών ιατρικής περίθαλψης, όποτε χρειάζεται. Αφού και στο νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός οφείλει να παρέχει στους κρατούμενους εξίσου καλή φροντίδα με αυτή που δίνεται στους υπόλοιπους πολίτες

Σύμφωνα με τον Σωφρονιστικό Κώδικα με το που εισέρχεται ένας κρατούμενος στη φυλακή, ο ιατρός της φυλακής πρέπει να εξετάσει τον κρατούμενο και ο κρατούμενος να υποβληθεί σε πλήρη κλινική εξέταση παίρνοντας και το ιατρικό του ιστορικό.

Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ιατρός εντός της φυλακής, ο διευθυντής της φυλακής πρέπει να καλέσει εξωτερικό ιατρό μέσα στο πρώτο 24 ωρο από την εισαγωγή του κρατούμενου, για να γίνει όπως αναφέρθηκε παραπάνω η ιατρική εξέταση.

Σύμφωνα με τον Σωφρονιστικό Κώδικα υπάρχει η δυνατότητα να εξεταστεί ο κρατούμενος από τον ιατρό των φυλακών, ακόμη και καθημερινά, εφόσον ζητηθεί από τον κρατούμενο ή κριθεί σκόπιμο.

Ακόμη είναι υποχρεωτική η εξέταση των κρατούμενων κάθε 6 μήνες, όπως και οι τακτές εργαστηριακές εξετάσεις των κρατούμενων που εργάζονται ήδη εκεί ή που θα εργαστούν για πρώτη φορά.

4.1.2 Ιατρός στο σωφρονιστικό σύστημα

Είναι γεγονός ότι στα σωφρονιστικά καταστήματα διορίζονται γιατροί Γενικής Ιατρικής. Στην Ελλάδα, όμως, πολλές φορές διορίζονται και αγροτικοί ιατροί, που αναλαμβάνουν να έχουν μια τέτοια θέση. Σπάνια μπορεί να υπάρχουν και γιατροί με διάφορες ειδικότητες όπως είναι οι παθολόγοι, οι καρδιολόγοι ή οι ψυχίατροι, οι οποίοι μπαίνουν σε ειδικές φυλακές, όπως είναι το Νοσοκομείο των φυλακών Κορυδαλλού «Ο Άγιος Παύλος». Στις φυλακές που είναι στην περιφέρεια όποτε υπάρχει ανάγκη για διάφορες ειδικότητες, εκτός από την ειδικότητα γιατρού που ήδη υπάρχει, γίνεται διακομιδή σε νοσοκομείο της περιοχής όποτε κρένεται αναγκαίο. Όμως όταν η κατάσταση δεν είναι επείγουσα, τότε γίνεται μεταγωγή του φυλακισμένου στο Νοσοκομείο Κρατούμενων. Επίσης γίνεται φανερό ότι όταν φυλακές που για διαφορετικούς λόγους, είτε λόγω καθυστέρησης προκήρυξης, είτε λόγω ασθένειας, δεν έχουν γιατρό, χρησιμοποιούν εξωτερικό ιατρό. Ο ιατρός αυτός πληρώνεται όχι κανονικά με μισθό, αλλά κάθε φορά που βλέπει ένα περιστατικό.

Πολλές φορές κρίνεται σκόπιμο να εξετάζουν και οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων. Έτσι ο γιατρός των φυλακών έχει την ευθύνη να συντονίσει τις ενέργειες, να είναι παρόν στην εξέταση εάν γίνει εντός της φυλακής ή να παραπέμψει τον κρατούμενο σε τοπικό νοσοκομείο. Όταν διαφωνούν ο γιατρός της φυλακής με τον γιατρό του φυλακισμένου για την θεραπεία ή τη διάγνωση του φυλακισμένου, τότε καλείται ο τοπικά αρμόδιος ιατροδικαστής να λύσει αυτή τη διαφωνία (Αλιμπουτάκη,1985).

4.1.3 Ιατρικό απόρρητο

Κατά το άρθρο 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο γιατρός πρέπει να είναι εχέμυθος για οποιοδήποτε στοιχείο μαθαίνει ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, και το οποίο αφορά τον ασθενή ή τους κοντινούς του. Η άρση του ιατρικού απορρήτου γίνεται μόνο όταν ο γιατρός στοχεύει στην εκπλήρωση του νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον υπάρχει, όταν υπάρχει ειδικός νόμος για την αποκάλυψη, όπως είναι οι περιπτώσεις της γέννησης, του θανάτου, ή των μολυσματικών νόσων, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρεωτική έγκαιρη αναγγελία στην αρχή, όταν ο γιατρός μάθει από αξιόπιστη πηγή αφορά κακούργημα ή ότι ξεκίνησε ήδη η εκτέλεσή του και, σε τέτοιο χρονικό πλαίσιο, ούτως ώστε να μπορεί ακόμη να σταματήσει.

Επίσης κατά, το άρθρο 231 του Ποινικού Κώδικα, όταν κάποιος κρύβει έναν εγκληματία, η ποινή είναι φυλάκιση μέχρι 3 χρόνια. Με την ίδια ποινή τιμωρείται κατά το άρθρο 232 όποιος, ενώ έμαθε από αξιόπιστη πάντα πηγή ότι εξετάζεται κακούργημα ή ότι ήδη ξεκίνησε η εκτέλεσή του και μέσα σε χρόνο τέτοιο που να μπορεί να σταματήσει η τέλεσή του, δεν το ανέφερε, εφόσον το κακούργημα διαπράχθηκε ή αποπειράθηκε να γίνει. Η πράξη δεν τιμωρείται στην περίπτωση που γίνει από κοντινό του άτομο. Τα κοντινά άτομα απαλλάσσονται από την Ελληνική Νομοθεσία απαλλάσσει, ωστόσο δεν αναφέρεται τι γίνεται εάν το άτομο αυτό είναι γιατρός. Πάντως, μέχρι σήμερα δεν έχει κατηγορηθεί Έλληνας γιατρός για υπόθαλψη εγκληματία. Αντίθετα, με σχετικό νόμο (Γνωμοδότηση του Αρείου Πάγου, 1/1998). αναφέρεται ότι ο γιατρός των φυλακών δεν οφείλει να αναφέρει στην Υπηρεσία του όσα μαθαίνει στην εξέταση και στην περίθαλψη των φυλακισμένων και γίνει κάτι τέτοιο τότε αναλαμβάνει την ευθύνη.

Γενικά, στην Ευρώπη υπάρχει η τάση ο γιατρός να μην βρίσκεται στην αναφορά εγκληματικών πράξεων οι οποίες έχουν ήδη γίνει και τις οποίες καταλαβαίνει την ώρα του ιατρικού του καθήκοντος.⁹ Παρόλα αυτά οι περισσότερες από τις πληροφορίες που συγκεντρώνει ο γιατρός όταν εξετάζει τους κρατούμενους, όπως για παράδειγμα είναι η σεξουαλική κακοποίηση, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η άσκηση βίας, και άλλα, παρουσιάζουν ενδιαφέρον για τις Αρχές. Ο γιατρός που εργάζεται στις φυλακές αρκετές φορές είναι αντιμέτωπος με το δίλημμα, για το εάν πρέπει να αποκαλύπτει κάποιες πληροφορίες, για να φυλάξει, πρώτον τη σωματική του ακεραιότητα δεύτερον την υγεία των κρατούμενων τρίτον το ιατρικό απόρρητο. Και έτσι να επιτευχθεί εμπιστοσύνη των ασθενών-φυλακισμένων.¹⁰ Αρχικά οφείλει να βοηθήσει τον κρατούμενο, για να μπορέσει ο ίδιος να κάνει τις σχετικές αποκαλύψεις.

Στην περίπτωση που αυτό δεν γίνει, ο γιατρός οφείλει να προσδιορίσει με προσοχή τις καταστάσεις. Σε περιπτώσεις που υπάρχουν λοιμώδη νοσήματα, ο Ελληνικός Νόμος είναι ξεκάθαρος. Στο άρθρο 45 (παράγραφος 3) του Σωφρονιστικού Κώδικα γίνεται ξεκάθαρο ότι ο γιατρός οφείλει να γνωστοποιεί στο διευθυντή κάθε περίπτωση φυλακισμένου, ο οποίος έχει λοιμώδες μεταδοτικό νόσημα, προκειμένου να πάρουν τα αναγκαία μέτρα προφύλαξης μέχρι να μεταφερθεί ο φυλακισμένος κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα (Αλιμπουτάκη,1985).

4.1.4 Τήρηση ιατρικού αρχείου

Κατά το άρθρο 14 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο ιατρός πρέπει έχει είτε ηλεκτρονικά είτε όχι, για την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Επίσης ιδιαίτερη προσοχή δίνεται για το ιατρικό απορρήτο.

Το άρθρο του Σωφρονιστικού Κώδικα λέει ότι *κάθε κρατούμενος πρέπει να έχει ατομικό δελτίο υγείας, στο οποίο να υπάρχουν στοιχεία ιατρικού ενδιαφέροντος, όπως για παράδειγμα ο χρόνος της εξέτασης, η διάγνωση, η θεραπευτική αγωγή που δόθηκε, το επώνυμο και το όνομα, η ειδικότητα του γιατρού και η υπογραφή του. Αυτό το δελτίο κρατείται στο αρχείο του ιατρού και οπότε γίνεται μεταγωγή του φυλακισμένου, το παίρνει μαζί του. Το περιεχόμενο του δελτίου αυτού το διαβάζουν μόνο ο φυλακισμένος ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του, ο δικαστικός λειτουργός και τα υπόλοιπα όργανα της φυλακής, κάθε φορά που πρέπει να πάρουν μια απόφαση όταν ο φυλακισμένος εξετάζεται.*

Έτσι, γίνεται αντιληπτό ότι το να κρατείται ένα ιατρικό αρχείο είναι αναγκαίο και υποχρεωτικό, και μέσα τις φυλακές, όπως ακριβώς ισχύει και έξω από αυτές. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει ένα ιατρικό αρχείο μέσα στις φυλακές επειδή εάν γίνει μεταγωγή θα μπορέσει να ενημερωθεί και ο επόμενος γιατρός της άλλης φυλακής.

4.1. 5 Συναίνεση κρατούμενου

Κατά το άρθρο 12, παράγραφος 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο γιατρός δεν μπορεί να προβεί σε οποιαδήποτε ιατρική πράξη χωρίς ο ασθενής να συναινέσει.

Στις παραγράφους 2 και 3 στο άρθρο 29, στον Σωφρονιστικό Κώδικα αναφέρεται ότι οποιαδήποτε ιατρική εξέταση, ή ιατροχειρουργική επέμβαση ή θεραπευτική αγωγή σε φυλακισμένο μπορεί να γίνεται μόνο όταν αυτός το θέλει. Εάν ο φυλακισμένος δεν είναι σε θέση να συναινέσει ή δεν θέλει για την ιατρική πράξη κατά την προηγούμενη παράγραφο, η οποία πράξη είναι αναγκαία να γίνει, τότε αναλαμβάνει να αποφασίσει ο δικαστικός λειτουργός.

Πειραματικές θεραπείες μπορούν να γίνουν μόνο εάν υπάρχει ισχυρή θεραπευτική ένδειξη και όταν δεν έχει υπάρχει άλλο μέσο για την προστασία της υγείας ή της σωματικής ακεραιότητάς τους (Αλιμπουτάκη,1985).

4.1.6 Άρνηση σίτισης

Όταν αρνείται κάποιος την σίτιση, τότε αυτό μπορεί να είναι είτε λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, είτε σωματικών προβλήματα είτε ψυχικών διαταραχών.

Στην πρώτη περίπτωση, θα μπορούσαν να ικανοποιηθούν οι ιδιαιτερότητες αυτών των ανθρώπων, ενώ στις άλλες περιπτώσεις θα πρέπει να αντιμετωπιστούν είτε τα σωματικά είτε τα ψυχιατρικά προβλήματα. Χαρακτηριστικός όμως προβληματισμός υπάρχει όταν ο κρατούμενος αρνείται να φάει προκειμένου να διαμαρτυρηθεί προς τις Αρχές. Σε αυτή την περίπτωση, τα δικαιώμα για αυτοδιάθεση και η υποχρέωση της πολιτείας να προσέξει και να μεριμνήσει την ακεραιότητα και την υγεία των πολιτών είναι αντιμέτωπα .

Σε αυτές τις περιπτώσεις οφείλεται να εξεταστεί η ψυχική υγεία του φυλακισμένου και να είναι σίγουρο ότι δεν λειτουργεί επηρεασμένος από εξωτερικούς παράγοντες όπως είναι για παράδειγμα η οικογένεια ή θρησκευτικές ή πολιτικές ομάδες. Εάν δεν υπάρχει ψυχιατρική διαταραχή ή εξωτερική επίδραση, θα πρέπει να προσεγγιστεί ο φυλακισμένος και να του δοθεί η απαραίτητη τροφή. Ο λόγος που οι φυλακισμένοι κάνουν απεργία πείνας συνήθως είναι όχι διότι επιδιώκουν να πεθάνουν, αλλά να έχουν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Μια ενδεχόμενη πατερναλιστική στάση εκ μέρους του γιατρού ίσως πείσει τον κρατούμενο να φάει και ίσως τον κάνει να ελπίζει για τον μέλλον. Εξάλλου, πολλές φορές ο φυλακισμένος ζητά να μεταφερθεί σε νοσοκομείο για να του δοθούν μεγαλύτερες διαστάσεις στο θέμα του. Είναι λογικό ότι χωρίς να κριθεί αναγκαίο δεν

γίνεται μεταφορά σε νοσοκομείο, και φυσικά δεν είναι η λύση που προτιμάται. Από την άλλη όμως, η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη δίνει τη δυνατότητα να παρακολουθείται καλύτερα και συνάμα παρέχει την ευκαιρία στο κρατούμενο να σταματήσει την απεργία πείνας .

Πιο συγκεκριμένα στο άρθρο 31, παράγραφος 1 του Ελληνικού Σωφρονιστικού Κώδικα λέγεται ότι, ο γιατρός συνεργάζεται με τον διευθυντή των φυλακών για την καλύτερη παρακολούθηση και προστασία του φυλακισμένου όταν οι φυλακισμένοι κάνουν απεργία πείνας.

Ακόμη, αναφέρεται ότι ο φυλακισμένος όταν κάνει απεργία πείνας έχει το δικαίωμα να καλέσει τον γιατρό της φυλακής ή και τον γιατρό που εκείνος θέλει προκειμένου ελεγχθεί η κατάσταση της σωματικής, της ψυχικής και της πνευματικής του υγείας. Έπειτα, ο διευθυντής, μαζί με τον γιατρό της φυλακής, παίρνει τα απαραίτητα μέτρα για να παρακολουθείται και να προστατεύεται σε ειδικό χώρο της φυλακής.

Στις παραγράφους 2, 3 στο ίδιο άρθρο λέγεται ότι αν όσο διαρκεί η απεργία πείνας ο γιατρός των φυλακών δει ότι ο φυλακισμένος χρειάζεται μια πιο ειδική παρακολούθηση, ζητάει την μεταγωγή του φυλακισμένου με αιτιολογημένη γνωμάτευσή του σε κάποιο νοσοκομείο. Ακόμη, εάν ο φυλακισμένος που απεργεί κινδυνεύει και αρνείται την ιατρική βοήθεια, τότε ο δικαστικός λειτουργός, αποφασίζει για τα κατάλληλα μέτρα που πρέπει να πάρουν. Χαρακτηριστικό είναι ότι τα μέτρα αυτά δεν δείχνουν εάν στοχεύουν σε κάποιο λογικό αίτημα ή και στην υποχρεωτική σίτιση (Αλιμπουτάκη,1985).

4.1.7 Ιατρός ως πραγματογνώμον

Ο γιατρός που θα τηρήσει το ιατρικό απόρρητο και θα πετύχει την εμπιστοσύνη των φυλακισμένων, δεν μπορεί να είναι ο ίδιος με αυτόν που θα δώσει κατάθεση στο δικαστήριο. Οι ειδικά εκπαιδευμένοι σωφρονιστικοί υπάλληλοι του ίδιου φύλου με τους κρατούμενους, θα πρέπει να κάνουν την σωματική έρευνα

4.1.8 Κλινικές μελέτες

Κατά το άρθρο 14, παράγραφος 5 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, ο γιατρός παίρνει όλα τα μέτρα ούτως ώστε σε επιστημονικές δημοσιεύσεις να μη γίνεται γνωστή η ταυτότητα του ασθενούς. *Εάν κρίνεται αναγκαίο να αποκαλυφθεί η ταυτότητα του εν λόγω ασθενή ή στοιχεία τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, τότε χρειάζεται απαιτείται η συναίνεσή του.* Είναι εύλογο λοιπόν και μέσα στη φυλακή να υπάρχουν οι ίδιοι κανόνες με εκείνους που υπάρχουν και έξω από αυτά, πόσο μάλλον αν για τους ανθρώπου αυτούς που στερούνται την ατομική τους ελευθερία. Υπάρχει πάντως ο προβληματισμός για το κατά πόσον η θέληση του κρατουμένου μπορεί να είναι ελεύθερη, άρα και η συγκατάθεσή του. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 29, του Σωφρονιστικού Κώδικα λέγεται ότι δεν επιτρέπονται οποιεσδήποτε ενέργειες ή άλλα πειράματα τα οποία μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο γενικά τους κρατούμενους είτε πρόκειται για την ψυχική υγεία ή την προσωπικότητα τους.

Κατά την εισήγηση της Επιτροπής Βιοηθικής, σε χώρους όπου υπάρχουν συνθήκες που επηρεάζουν καθοριστικά τη γνώμη του προσώπου, περιορίζοντας με αυτό τον τρόπο την ελευθερία του, υπάρχει θέμα ελεύθερης βούλησης.¹⁴ Έτσι, όταν επικρατούν συνθήκες κράτησης σε φυλακές και όσο διαρκεί η θητεία στο στρατό, η θέληση του εκάστοτε προσώπου δεν είναι ελεύθερη, αφού επικρατούν σχέσεις εξουσίας. Πράγματι, η θέση των κρατούμενων είναι σε κίνδυνο όσον αφορά την προστασία των συνταγματικών τους δικαιωμάτων. Κάθε εθελοντική συναίνεση που γίνεται για πειραματικούς λόγους είναι δυνατόν να είναι αποτέλεσμα πίεσης (Αλιμπουτάκη,1985).

Όμως, μελέτες που έγιναν σε ένα σημαντικό ποσοστό κρατούμενων έχουν συντελέσει σημαντικά στο να ερευνηθούν διάφορα προβλήματα που έχουν σχέση με τις φυλακές, όπως ήδη έχουν αναφερθεί σε προηγούμενες παραγράφους και άρα το να απαγορευτούν ίσως δεν είναι η πλέον η σωστή λύση. Αντιθέτως, κρίνεται σκόπιμο μια πιο προσεκτική επιλογή αυτών των ερευνών που είναι αναγκαίες στις αρχές της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας όπως είναι για παράδειγμα είναι το ιατρικό απόρρητο, όπου είναι σε πιο μικρό βαθμό παρεμβατικές, δεν αποτελούν κίνδυνο για τους συμμετέχοντες και που στοχεύουν σε θεραπείες, στις περιπτώσεις των ασθενών-κρατούμενων, ή σε σημαντικά, αποτελέσματα. για τις φυλακές. Στη χώρα μας, για να γίνει έρευνα σε κάποια φυλακή, θα πρέπει να υπάρχει γραπτή συγκατάθεση της εποπτεύουσας αρχής της φυλακής, δηλαδή του Υπουργείου Δικαιοσύνης.

Λέγεται ότι η έρευνα μέσα στις φυλακές θα έπρεπε να περιορίζεται στα παρακάτω πεδία:

- Έρευνα σε καταστάσεις οι οποίες έχουν επίδραση όπως είναι οι φυλακισμένοι με ηπατίτιδα ή AIDS και οι τρόποι μετάδοσης
- Έρευνα η οποία στοχεύει στο να καλυτερεύσει την υγεία και τη ζωή των φυλακισμένων
- «Χαμηλού κινδύνου» έρευνες που έχουν σχέση με την εγκληματικότητα
- «Χαμηλού κινδύνου» έρευνες σχετικά με την επίδραση του εγκλεισμού
- «Χαμηλού κινδύνου» έρευνες σχετικά με τις φυλακές ως ιδρύματα και το πώς επηρεάζουν στους κρατούμενους.

Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνεται στην επιλογή των συμμετεχόντων. Η συμμετοχή σε έρευνα αναφέρεται τις περισσότερες φορές από τους κρατούμενους ότι δίνει προνόμια όπως για παράδειγμα καλύτερη ιατρική περίθαλψη, και έτσι δημιουργούνται διαφωνίες ανάμεσα στους φυλακισμένους. Οι μελετητές οφείλουν ένα είναι να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και να παίρνουν αποφάσεις με συγκεκριμένα, κριτήρια. Δεν θα έπρεπε, δηλαδή, να τους μεταχειρίζονται με ιδιαίτερο τρόπο αλλά ούτε και να διαλέγουν ιδιότροπους φυλακισμένους.

Το να υπάρχει η σχετική ενημέρωση και πληροφόρηση είναι αναγκαία για να συμμετέχουν στην μελέτη. Η πληροφόρηση οφείλει να γίνεται απλά και κατανοητά. Ο μελετητής οφείλει να διασφαλίζει την αποχώρηση του εκάστοτε συμμετέχοντα χωρίς να υπάρχουν συνέπειες ούτε από τις Αρχές ούτε από τους άλλους φυλακισμένους. Τα κίνητρα δεν πρέπει να είναι ούτε οικονομικά ούτε και μεγάλα για να τα μπορέσει ο κρατούμενος να αποφύγει οποιαδήποτε κίνδυνο από την συμμετοχή του. Ο μελετητής οφείλει ακόμη, να αξιολογήσει όλες τις παροχές της φυλακής. Από τις συνθήκες στις οποίες ζει ο φυλακισμένος, μέχρι και την οικονομική κατάσταση του. Πρέπει να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένος σε καταστάσεις που ίσως δεν υπάρχει η απόλυτη την ελεύθερη βούληση των κρατούμενων και, σε περίπτωση που βρει κάτι από αυτά, να μην συμπεριλάβει συμμετοχή αυτών των φυλακισμένων (Αλιμπουτάκη,1985).

4.2 Η ποινική μεταχείριση του τοξικομανή στην Ελλάδα και το εξωτερικό

"Ο Σωφρονιστικός Κώδικας προβλέπει ότι, κατά την εισαγωγή του κρατουμένου τοξικομανή εντός ενός σωφρονιστικού καταστήματος, ο ιατρός του καταστήματος αυτού οφείλει να εξετάσει τον κρατούμενο πραγματοποιώντας πλήρη κλινική εξέταση και λαμβάνοντας το ιατρικό του ιστορικό. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει ιατρός διαθέσιμος εντός του καταστήματος κράτησης, ο διευθυντής του καταστήματος υποχρεούται να καλέσει εξωτερικό ιατρό εντός των πρώτων 24 ωρών από την εισαγωγή του κρατουμένου, προκειμένου να προβεί στην ως άνω περιγραφόμενη ιατρική εξέταση. Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 12, παράγραφος 1). , «ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς».

Στο άρθρο 29, παράγραφοι 2, 3 του Σωφρονιστικού Κώδικα προβλέπεται ότι «κάθε είδους ιατρική εξέταση, ιατροχειρουργική επέμβαση ή θεραπευτική αγωγή σε κρατούμενο επιτρέπεται μόνο με τη συναίνεσή του. Αν ο κρατούμενος δεν βρίσκεται σε κατάσταση να συναινέσει ή αρνείται τη συναίνεσή του σε ιατρική πράξη κατά την προηγούμενη παράγραφο, η οποία πράξη κρίνεται αναγκαία για την υγεία του, ο αρμόδιος δικαστικός λειτουργός διατάσσει τη λήψη των κατάλληλων κατά περίπτωση μέτρων».

Ο ιατρός των φυλακών αναφορικά με τους τοξικομανείς δεν θα πρέπει να διορίζεται πραγματογνώμονας, εκτός εξαιρετικών περιπτώσεων. Πράγματι, ο ιατρός που θα διαφυλάξει το ιατρικό απόρρητο και θα κερδίσει την εμπιστοσύνη των φυλακισμένων, δεν μπορεί να είναι ο ίδιος με εκείνον που θα καταθέσει στο δικαστήριο. Η σωματική έρευνα δεν θα πρέπει (για τους ίδιους λόγους) να πραγματοποιείται από ιατρούς, αλλά από ειδικά εκπαιδευμένους σωφρονιστικούς υπαλλήλους του ίδιου φύλου με τους(τις) κρατούμενους(ες). Είναι ευνόητο ότι κάτω από αυτές τις συνθήκες είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί σωστή παροχή φροντίδας. Επιπλέον, πραγματοποιείται μια άσκοπη σπατάλη ανθρώπινου δυναμικού και οικονομικών πόρων προκειμένου να μεταφέρονται οι κρατούμενοι σε άλλες ιατρικές υπηρεσίες και νοσοκομεία, ακόμη και σε καταστάσεις που σε ένα σωστά εξοπλισμένο και στελεχωμένο σύστημα υγείας των φυλακών θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν, και μάλιστα πολύ πιο έγκαιρα" (ν2776/1999 (άρθρο 4, παρ. 1, 2).

4.3 AIDS ηπατίτιδα B και C

4.3.1 AIDS

Η λέξη Aids προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων acquired immune deficiency syndrome, δηλαδή σύνδρομο επίκτητης ανοσιολογικής ανεπάρκειας. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζει κάθε ασθενή κάτω των εξήντα ετών που εμφανίζει μία ασθένεια η οποία υποδηλώνει την ύπαρξη κυτταρικής ανοσιολογικής ανεπάρκειας. Ο ασθενής του aids πάσχει γενικότερα από διάφορες λοιμώξεις όπως από μύκητες, από ιούς, από βακτηρίδια και ωφωτόζωα ή από σάρκωμα, Καπόζι ή νεόπλασμα ή λέμφωμα στον εγκέφαλο (Αλιμπουτάκη,1985).

Το Aids κατατάσσεται σε τέσσερις ομάδες σύμφωνα με τα κριτήρια CDC του 1987 οι οποίες είναι:

- Η ομάδα I, οξεία λοίμωξη, συχνά με οροτροπή
- Η ομάδα II, ασυμπτωματική λοίμωξη
- Η ομάδα III, ασυμπτωματική λοίμωξη με εξαίρεση την παρουσία μίας επιμένουσας γενικευμένης λεμφιδενοπάθειας
- Ομάδα IV, με παρουσία νόσων που ορίζουν την ασθένεια όπως ιδιοπαθή και νευραλγικά σύνδρομα, καθώς και δευτερογενείς λοιμώξεις και καρκίνοι (Karlan, Sadock 2000).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 έκαναν την εμφάνιση τους αρκετοί ομοφυλόφιλοι οι οποίοι αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας και παθήσεις που παρουσίαζαν μεταξύ τους κοινά χαρακτηριστικά αλλά οι ιατροί δεν μπορούσαν να τις κατηγοριοποιήσουν ως όμοιες.

Λόγω της σεξουαλικότητας των ασθενών αυτής της άγνωστης τότε ασθένειας, παίρνει το όνομα «νόσος των ομοφυλόφιλων». Μετέπειτα μελέτη κατέδειξε ότι τα άτομα που νοσούν αντιμετωπίζουν προβλήματα με το ανοσιολογικό σύστημα του οργανισμού τους (Αλιμπουτάκη, 1985).

Το 1982 η ασθένεια αρχίζει να προσβάλλει και άλλους ανθρώπους εκτός από ομοφυλόφιλους, όπως τοξικομανείς και μετανάστες από την Αιτή και την Αφρική. Στο τέλος του ίδιου έτους οι ασθενείς αυξάνονταν όλο και περισσότερο εμπεριέχοντας και αμφισεξουαλικά άτομα.

Σήμερα, η θεωρία που θεωρείται κυρίαρχη για την μετάδοση του ιού είναι αυτή που υποστηρίζει ότι μεταδόθηκε στον άνθρωπο από τον πράσινο πίθηκο της Αφρικής, χωρίς όμως να διευκρινίζεται ο τρόπος. Από εκεί μεταφέρθηκε στην Αιτή μέσω μεταναστών και σταδιακά σε όλη την Ευρώπη.

Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) πρωτο-εμφανίστηκε το 1981, όταν περιγράφηκε στην Αμερική επιδημία πνευμονίας από *Pneumocystis carinii* σε ομάδα ομοφυλοφίλων και καθιερώθηκε το 1983 ως λοίμωξη σοβαρά αλλά βραδεία, οφειλόμενη σε ρετροϊό, τον ιό της ανοσολογικής ανεπάρκειας (HIV). Σημειώνεται πάντως ότι το 1983, μια ομάδα Βρετανών ερευνητών ανακοίνωσε ότι ένας ναύτης από το Manchester πέθανε το 1959 με συμπτώματα AIDS Η καλλιέργεια ιστών του έδειξε την ύπαρξη HIV (Balzer 1998). Έκτοτε έχει λάβει μορφή επιδημίας σε όλο τον κόσμο. Οι κλινικές μορφές της νόσου ταξινομούνται σε συμπτωματικούς φορείς της νόσου, επίμονη γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια, σύμπλεγμα σημείων και συμπτωμάτων που συνδέονται με το AIDS και πλήρες AIDS.

4.3.2 Ηπατίτιδα Β και C

Οι ιοί της ηπατίτιδας προκαλούν στον άνθρωπο οξεία φλεγμονώδη νόσο του ήπατος (συκωτιού). Η ιογενής ηπατίτιδα μπορεί να προκληθεί από διάφορους ιούς καθώς και από άλλους παράγοντες. Στην πράξη όμως, όταν μιλάμε για ιογενή ηπατίτιδα, εννοούμε τη λοίμωξη που προκαλείται από δυο συγκεκριμένους ιούς: α) τον ιό της ηπατίτιδας Α (ιός λοιμώδους ηπατίτιδας ή ιός ηπατίτιδας βραχέος χρόνου επώασης) και β) τον ιό της ηπατίτιδας Β (εξ ομολόγου όρου ηπατίτιδα ή μακρού χρόνου επώασης).

Μετάδοση: Ο ιός της ηπατίτιδας Α μεταδίδεται κυρίως από την πρωκτο-στοματική επαφή, από τον ένα στον άλλο, από τροφές που μεταφέρουν επιδημίες (συνήθως από χέρια που έχουν έρθει σε επαφή με μολυσμένη τροφή). και από την κατανάλωση ωμών ή ελάχιστα μαγειρεμένων θαλασσινών, τα οποία προέρχονται από μολυσμένα νερά.

Ο ιός της ηπατίτιδας Β μεταδίδεται μετά από άμεση επαφή με μολυσμένο αίμα ή στενή επαφή με ασθενείς ή φορείς του ιού. Η ηπατίτιδα Β αποτελεί σοβαρό κίνδυνο επειδή η μόλυνση είναι δυνατή κατόπιν επαφής με μολυσμένα σωματικά υγρά, όπως αίμα, ούρα, σάλιο, σπέρμα, δάκρυα, κολπικές εκκρίσεις, μητρικό γάλα και σπάνια με τα κόπρανα.

Διάγνωση / Θεραπεία: Η διάγνωση της ηπατίτιδας γίνεται με εργαστηριακές εξετάσεις (π.χ. εξετάσεις αίματος οι οποίες δείχνουν ανωμαλίες στα ένζυμα του ήπατος). και ο

καθορισμός του τύπου της ηπατίτιδας, με επί μέρους έλεγχο δειγμάτων του αίματος. Νοσηλεία απαιτείται μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις. Θεραπεία για την Ηπατίτιδα δεν υπάρχει. Το 1992, εγκρίθηκε στην Ευρώπη ένα εμβόλιο για την ηπατίτιδα Α. Για την Ηπατίτιδα Β υπάρχει προληπτικό εμβόλιο με υψηλή αποτελεσματικότητα, το οποίο είναι ακίνδυνο. Για την χρόνια ηπατίτιδα Β, οι ενέσεις α-ιντερφερόνης αποτελούν την θεραπεία επιλογής και χορηγούνται συνήθως 3 φορές την εβδομάδα για τέσσερις μήνες.

4.4 Πρόληψη και αγωγή υγείας

Δεν υπάρχουν στη διάθεσή μας συγκεκριμένες δοκιμασίες για το AIDS. Αυτές που έχουμε είναι οι δοκιμασίες για λοιμώξεις με τον HIV, οι οποίες μπορούν να εξελιχθούν σε AIDS (Γεωργούλιας, 1989).

Η βασική εργαστηριακή διάγνωση επιτελείται με ορολογικές μεθόδους, με την προϋπόθεση ότι τα αντισώματα αναγνωρίζουν τα χρησιμοποιούμενα αντιγόνα και η ανοσολογική ανταπόκριση είναι ικανοποιητική από χρονική και ποσοτική άποψη. Η μέθοδος εκλογής είναι ανοσοενζυμική (Elisa). Με τις σύγχρονες τεχνικές ανιχνεύονται παράλληλα IgM και IgG αντισώματα. Τα αντιγόνα παρασκευάζονται από εκχυλίσματα μολυσμένων κυττάρων από τον HIV ή από πεπτίδια. Η μέθοδος έχει ευαισθησία και ειδικότητα που πλησιάζουν το 99,2-99,8%. *Η εξέταση πρέπει να εκτελείται 30-40 ημέρες μετά την πρωτολοίμωξη.*

Η επιβεβαίωση της μόλυνσης επιτυγχάνεται εργαστηριακά με τη μέθοδο Western blot και βασίζεται στην ηλεκτροφόρηση ικών πρωτεϊνών σε πολυακρυλαμίδα, μεταφορά σε φύλλα νιτροκυτταρίνης με τη βοήθεια ηλεκτρικού πεδίου και στη συνέχεια ανίχνευση των διαφόρων πρωτεϊνών μετά από καθίζηση τους με τον υπό εξέταση ορό. Θετικό αποτέλεσμα θεωρείται παρουσία δύο δομικών πρωτεϊνών, p24, gp41 και gp120. Επίσης χρησιμοποιούνται η ραδιοανοσοκαθίζηση (RIPA) και ο έμμεσος ανοσοφθορισμός (IPA).

4.5 Θεραπευτική μεταχείριση τοξικομανούς

Αν οι ασθενείς του aids στιγματίζονται κοινωνικά, τότε οι τοξικομανείς που πάσχουν από aids υφίστανται διπλό στιγματισμό λόγω της χρήσης ουσιών. Επιπλέον, το περιθώριο στο οποίο ήδη ζουν αυτοί οι άνθρωποι πριν ακόμα την εμφάνιση της ασθένειας, τους έχει ήδη δημιουργήσει ήδη κάποια προβλήματα ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως.

Οι τοξικομανείς αντιμετωπίσουν ένα επιπλέον πρόβλημα αφού δεν μπορούν να ακολουθήσουν απλά την θεραπεία όπως οι υπόλοιποι ασθενείς λόγω της αδυναμίας συμμόρφωσης και συνεργασίας. Η κοινωνική υποστήριξη απαιτείται γι' αυτούς τους ανθρώπους γιατί μέσω αυτής μπορεί να πειστούν να σταματήσουν πρώτα την χρήση ουσιών και έπειτα να ακολουθήσουν κανονικά την θεραπεία τους (Παπαδάτος, Κοσμίδης 1994).

4.6 Νοσηλευτική φροντίδα

Πέρα από το νομικό πλαίσιο που υπάρχει στην Ελλάδα αναφορικά με τα δικαιώματα των ατόμων που ζουν με τον ιό, το Υπουργείο Υγείας διανέμει σε όλες τις υπηρεσίες υγείας το έγγραφο Υ1/3239/472000 που καθορίζει το πλαίσιο προστασίας που πρέπει να υπάρχει για τα συγκεκριμένα άτομα.

Στο παραπάνω έγγραφο συγκεντρώνονται και οι διεθνείς διακηρύξεις σχετικά με το θέμα και πιο συγκεκριμένα προβλέπει:

1. *Το δικαίωμα στη σφαίρα του απορρήτου και της ιδιωτικότητας:*
 - *Όσοι άνθρωποι ζουν με τον ιό του AIDS δεν πρέπει να υφίστανται διακρίσεις στα δικαιώματά τους· έχουν δε κατεξοχήν δικαίωμα στην ιδιωτική σφαίρα του απορρήτου, στην κοινωνική ασφάλεια, στα επιστημονικά οφέλη και στο άσυλο (άρθρο 17).*
 - *Όσοι ασχολούνται με το δίκαιο, την υγεία, την κοινωνική εργασία και ασφάλιση, έχουν υποχρέωση να σέβονται την αυτονομία, την προστασία της ιδιωτικής σφαίρας, του απορρήτου και να παρέχουν βοήθεια (άρθρο 28).*
 - *Η τήρηση του απορρήτου για την κατάσταση της υγείας οροθετικού και ασθενούς με AIDS είναι θεμελιώδης υποχρέωση όχι μόνο των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, αλλά και του διοικητικού και λοιπού προσωπικού ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, όπως και κάθε υπαλλήλου ασφαλιστικού ταμείου και συναφών οργανισμών, καθώς και της πολιτείας (άρθρο 107).*

- Η υποχρέωση για απόρρητο ισχύει και μετά τον θάνατο του ασθενούς αλλά και του ιατρού και δεσμεύει τους κληρονόμους του. Ισχύει και μεταξύ ιατρών και υπηρεσιών (άρθρα 109, 110, 112).
 - Οι επαγγελματίες υγείας έχουν δικαίωμα και υποχρέωση στην αστική και ποινική δίκη να αρνούνται μαρτυρία ενώπιον των δικαστηρίων, αν πρόκειται να αποκαλυφθεί η κατάσταση υγείας του φορέα ή ασθενούς AIDS (άρθρο 107).
 - Τα αρχεία των οροθετικών ασθενών θα πρέπει να είναι ανώνυμα και εμπιστευτικά (άρθρο 114).
2. Την ισότιμη και την κατάλληλη φροντίδα υγείας (πρόληψη και θεραπεία). :
- Όλοι έχουν την υποχρέωση να μεριμνούν για την πρόληψη και για την περίθαλψη αυτών που έχουν μολυνθεί με AIDS (άρθρο 20).
 - Τα νοσοκομεία, οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό υποχρεούνται να παρέχουν περίθαλψη σε οροθετικούς ή ασθενείς με AIDS. Κατά κανένα τρόπο ο φόβος μετάδοσης του ιού στους ίδιους δεν αποτελεί δικαιολογία (άρθρο 91).
 - Δεν επιτρέπεται μεταφορά ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο, ούτε διαχωρισμός ασθενών, ούτε υπαίτια καθυστέρηση στην παροχή βοήθειας με το πρόσχημα ότι το νοσοκομείο ή ο υγειονομικός δεν επαρκεί για την ιατρική φροντίδα. Σε παρόμοια περίπτωση, μέχρι να φτάσει κατάλληλη βοήθεια, ο ιατρός (ή όποιος αρμόδιος) είναι υπεύθυνος για την περίθαλψη του οροθετικού ή ασθενούς με τα διατιθέμενα μέσα (άρθρα 97,98).
3. Την εξέταση προσώπου για ανίχνευση των αντισωμάτων του ιού:
- Δεν επιτρέπεται χωρίς τη ρητή συναίνεση του υπό εξέταση προσώπου, η ανίχνευση των αντισωμάτων του ιού, με σκοπό την προφύλαξη του προσωπικού των νοσοκομείων ή για άλλο λόγο. Επίσης, δεν επιτρέπεται η εξέταση ρουτίνας των ασθενών, παρά μόνον αν υπάρχει ιατρική αναγκαιότητα, κατόπιν ρητής συναίνεσης του ασθενούς, μετά από πλήρη ενημέρωσή του (άρθρα 92, 93).
 - Δεν επιτρέπεται η γενική εξέταση του πληθυσμού, ούτε η εξέταση συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων (εκτός από εκδιδόμενα άτομα, αιμοδότες και δότες οργάνων, ιστών και σπέρματος, για λόγους προστασίας τρίτων). (άρθρα 44,45).
 - Εξετάσεις για την ανίχνευση των αντισωμάτων γίνονται μόνο με τη συναίνεση του υπό εξέταση ατόμου, ακόμη κι αν για οποιονδήποτε λόγο κρίνεται ύποπτο για τη νόσο. Η άρνηση να συναινέσει στην εξέταση δεν επιφέρει καμία αρνητική συνέπεια (άρθρα 43, 46).

- Σε περίπτωση που ανευρίσκεται θετικό το άτομο, οι ιατροί έχουν την υποχρέωση να το αναφέρουν στο ΚΕΕΛΠΝΟ, με τήρηση αυστηρής ανωνυμίας και χωρίς την αναγραφή των προσωπικών δεδομένων του οροθετικού ή του ασθενούς (άρθρο 48).
4. Την ανακοίνωση του θετικού αποτελέσματος στον ασθενή:
- Η ανακοίνωση θα πρέπει να είναι πάντοτε προσωπική, να πραγματοποιείται με ιδιαίτερη ευαισθησία, να έχει εμπιστευτικό χαρακτήρα και παράλληλα να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό για ψυχοκοινωνική στήριξη (άρθρο 102).
 - Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει πλήρη ενημέρωση προς τους οροθετικούς ασθενείς για τη φύση της ασθένειας, τους κινδύνους, τους τρόπους μετάδοσης και την προφύλαξη του σεξουαλικού συντρόφου τους και των τρίτων. Δεν επιτρέπεται όμως να προβαίνουν σε ηθικές αξιολογήσεις ή κρίσεις για τον τρόπο που μολύνθηκε ο οροθετικός ή ο ασθενής (άρθρο 101).
5. Το δικαίωμα της εργασίας οροθετικών ή ασθενών με AIDS:
- Κάθε άτομο που προσβάλλεται άμεσα από τον ιό θα πρέπει να παραμένει ισότιμο μέλος της κοινωνίας με δικαίωμα σε ίσες ευκαιρίες όσον αφορά την εργασία (άρθρο 16).
 - Η αποκάλυψη μετά την πρόσληψη ότι ο εργαζόμενος είναι οροθετικός, δεν θα πρέπει να έχει καμία δυσμενή συνέπεια για αυτόν (άρθρο 67).
 - Δεν επιτρέπεται η απόλυση ή η δυσμενής αλλαγή των εργασιακών σχέσεων εργαζομένου, όπως μετάθεση, υποβιβασμός, κ.λπ. εξαιτίας και μόνο του γεγονότος ότι είναι οροθετικός (άρθρο 68).
 - Στους εργαζόμενους που έχουν προσβληθεί από τον ιό θα πρέπει να επιτρέπεται να εργάζονται σύμφωνα με τις δυνατότητές τους (άρθρο 70).
 - Δεν επιτρέπεται η εξέταση αντισωμάτων για τον ιό ως προϋπόθεση της πρόσληψης και δεν είναι υποχρεωτικό για οροθετικό να δηλώσει την κατάσταση της υγείας του στον εργοδότη του (άρθρο 64, 65).
 - Ο εργοδότης που γνωρίζει ότι εργαζόμενός του είναι οροθετικός, οφείλει να τηρεί εχεμύθεια (άρθρο 71). (Συνήγορος του Πολίτη 2007).

4.7 Προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα έγκλειστων γυναικών

Η προγεννητική αλλά και μεταγεννητική φροντίδα είναι βασικής σημασίας για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης εντός συνθηκών κράτησης αφού παρέχει ευκαιρίες να αναγνωριστούν έγκαιρα οι γυναίκες υψηλού κινδύνου, επιτυγχάνοντας έτσι προαγωγή της υγείας και πρόληψη των επιπλοκών στην μέλλουσα μητέρα και το παιδί της. Έρευνες έδειξαν ότι καλύτερη χρησιμότητα των υπηρεσιών υγείας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βοηθά στην μείωση των νεογνικών θανάτων, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των εγκύων και των νεογέννητων παιδιών τους

Παρόλα αυτά έχει φανεί ότι η προγεννητική φροντίδα σε συνθήκες κράτησης δεν εξασκείται στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό σε όλες τις έγκυες γυναίκες. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2009), (Handler, et all, 1998).

4.7.1 Η μεταχείριση των κρατουμένων στις φυλακές

Ο υποκατάστατος εγκλεισμός, που επιβάλλεται σε κάποιον του οποίου οι πράξεις δεν εμπίπτουν στην ποινική δικαιοσύνη, είτε επειδή η φύση των παραπτωμάτων του είναι μόνο ηθικής τάξης ή διαγωγής είτε επειδή έχει προνομιακή μεταχείριση λόγω της κοινωνικής του θέσης : τα εκκλησιαστικά δικαστήρια, που μετά το 1629 δεν έχουν τη δικαιοδοσία να εκδίδουν ποινές φυλάκισης με τη στενή έννοια, μπορούν να διατάξουν έναν ένοχο να αποσυρθεί σε κάποιο μοναστήρι, οι ειδικές βασιλικές διαταγές για φυλάκιση αποτελούν συχνά μέσο για να γλιτώνουν την ποινική δικαιοσύνη οι προνομιούχοι. Τα κελιά που εφαρμόζονται 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 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).

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 εφαρμόζονται από μέρος 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 διαβάζει» (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, πραγματοποιείται και να το ζητήσει και ο δεσμοφύλακας για λογαριασμό του, ο γιατρός θα πρέπει να καλείται αμέσως για να εξετάσει το φυλακισμένο.

4.8 Χρόνια νοσήματα

Από ιατρική σκοπιά, στην έννοια της χρόνιας ασθένειας σε περιπτώσεις φυλακισμένων ανήκει ένα ευρύ φάσμα παθήσεων που επηρεάζουν μια σειρά από σωματικές ή διανοητικές λειτουργίες όπως ο καρκίνος, η ηπατίτιδα, τα καρδιακά προβλήματα. Πολλοί επιστήμονες επιχειρήσαν κατά καιρούς να ορίσουν τη «χρόνια ασθένεια» και έδωσαν διάφορους ορισμούς. Χρόνια ασθένεια, σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικάνικης Commission of Chronic Illness (Mayo 1956) , είναι όλες οι βλάβες ή αποκλίσεις από το φυσιολογικό που έχει κάποιο άτομο με ένα ή περισσότερα από τα εξής χαρακτηριστικά: α) είναι διαρκή, β) αφήνουν υπόλοιπο αναπηρίας, γ) προκλήθηκαν από μη αναστρέψιμες παθολογικές αλλοιώσεις, δ) το άτομο χρειάζεται για μια μεγάλη χρονική περίοδο επίβλεψη και φροντίδα.

4.8.1 Μυελινοκλαστικές παθήσεις

Στην ομάδα αυτή υπάγονται παθήσεις αγνώστου, ως επί το πλείστον αιτιολογίας, στις οποίες προσβάλλεται, επιγενώς, κατά προτίμηση το έλυτρο της μυελίνης, ενώ οι νευράξονες παραμένουν ακέραιοι ή σε σχετικά καλή κατάσταση. Το έλυτρο της μυελίνης, που αποτελείται από λιποπρωτεΐνες, περιβάλλει το μεγαλύτερο αριθμό νευρικών ινών τόσο του κεντρικού όσο και του περιφερικού νευρικού συστήματος. Η σημασία του είναι καθοριστική για την ταχεία μετάδοση του νευρικού ερεθίσματος κατά μήκος του νευράξονος (Κουράκης και συν.,1995)

Με τον όρο "δυσμυελίνωση" περιγράφεται η διαταραχή της μυελίνης που οφείλεται σε ελλιπή σχηματισμό της, λόγω μεταβολικού σφάλματος, ενώ ο όρος "απομυελίνωση" αναφέρεται σε προσβολή της φυσιολογικά σχηματισθείσας μυελίνης. Οι δυσμυελινωτικές παθήσεις (λευκοδυστροφίες) είναι σπάνια κληρονομικά νοσήματα. Συχνότερα απαντά η *αδρενολευκοδυστροφία*, που μεταβιβάζεται κατά το φυλοσύνδετο τρόπο και χαρακτηρίζεται από συμπτωματολογία προσβολής του νευρικού συστήματος σε συνδυασμό με φλοιοεπινεφριδική ανεπάρκεια. Αντιπροσωπευτική απομυελινωτική νόσος είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας (Κουράκης και συν.,1995)

4.9. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για λοιμώδη νοσήματα.

Από το 2005, το Κ.Ε.Ε.Λ. μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2005).

Στις αρμοδιότητες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συμπεριλαμβάνονται

- Η επιδημιολογική επιτήρηση και έλεγχος λοιμωδών νόσων.
- Η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.
- Η λήψη δράσεων για την καταπολέμηση ιογενών ηπατίτιδων.
- Η αντιμετώπιση των βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
- Η ανάπτυξη δράσεων για τη διασφάλιση της υγείας, όσον αφορά στους μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Η αντιμετώπιση φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων.

- Η ανάληψη δράσεων για την επιτήρηση και πρόληψη λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης του πληθυσμού.

4.10 Σύνοψη κεφαλαίου

Ο γιατρός των φυλακών, έχοντας εξετάσει τους φυλακισμένους, πρέπει να διατηρεί ιατρικό φάκελο, μέσα στον οποίο θα αναγράφονται όλες οι ιατρικές εξετάσεις που γίνονται. Σημαντικό είναι σε κάθε περίπτωση να υπάρχει το ιατρικό απόρρητο

Κατά τον Ελληνικό Σωφρονιστικό Κώδικα (άρθρο 27), όταν υπάρχουν χρόνιες παθήσεις, ο φυλακισμένος μπορεί να ζητήσει τον θεράπων γιατρό του, με την προϋπόθεση να βρίσκεται στην εξέταση ο γιατρός της φυλακής.

Πλην λίγων περιπτώσεων ο γιατρός των φυλακών δεν οφείλει να είναι πραγματογνώμονας.

Οι κρατούμενοι είναι μια ευαίσθητη ομάδα. Έχοντας σαν δεδομένο ότι ήδη επιβαρύνονται με τον εγκλεισμό, δεν θα πρέπει να παίρνουν μέρος σε έρευνες, που από τη μία τους εκθέτουν σε κινδύνους και από την άλλη δεν τους προσφέρουν κάποια θεραπεία. Άλλα λιγότερο επιβαρυμένα άτομα θα έπρεπε να παίρνουν μέρος στις έρευνες αυτές. Η μόνη εξαίρεση είναι όταν υπάρχουν θεραπείες για την ομάδα που μελετάται.

Η επιλογή των κρατούμενων στις έρευνες δεν θα πρέπει να γίνεται επειδή βρίσκονται σε διαθεσιμότητα, αλλά επειδή υπάρχουν λόγοι που έχουν σχέση με το εκάστοτε πρόβλημα προς μελέτη. Εντός της φυλακής αναπτύσσονται ασθένειες ορισμένες εκ των οποίων αποτελούν άμεσο κίνδυνο για τη ζωή των φυλακισμένων, όπως ηπατίτιδα όλων των μορφών, aids κτλ. Ο βαθμός ικανοποίησης με τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που παρακινεί τις γυναίκες να αναζητήσουν και να συνεχίσουν να λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα. Έτσι διάφορα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας αποτελούν θέμα αξιόλογων ερευνών

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα ποινικά μέσα κατά του εγκληματία διαχρονικά αλλά και πολιτισμικά κινούνται σε ένα φάσμα με απόλυτα άκρα. Δηλαδή από την επιβολή θανατικής ποινής μέχρι την κοινωνική επανένταξη του εγκληματία. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι παρεμβάσεις άλλων εποχών οι οποίες σήμερα θεωρούνται απάνθρωπες, εξευτελιστικές και βασανιστικές, είναι απόλυτα προσαρμοσμένες στο πλαίσιο αντίδρασης της συγκεκριμένης εποχής και κοινωνίας.

Τα προβλήματα λειτουργίας των φυλακών καταγράφουν και παρακολουθούν οι θεωρητικοί μέσα από θεωρητικά σχήματα, αναζητώντας θεμέλια για τη στήριξη ή την απόρριψή τους. Η ύπαρξη ταξινομικών συστημάτων των ψυχικών διαταραχών φαίνεται να είναι αναγκαία όχι μόνο για τη σωστή διάγνωση από τους εργοθεραπευτές αλλά και για τη χάραξη μιας κοινής θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται η ανάγκη για «πιο εύκολη επικοινωνία μεταξύ των συναδέλφων ψυχιάτρων». Για την ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιούνται διαγνωστικά εγχειρίδια σε διεθνή βάση.

Τα συμπτώματα της οξείας κατάθλιψης περιλαμβάνουν συναισθήματα θλίψης και απόγνωσης, μειωμένο ενδιαφέρον και ευχαρίστηση, αλλαγές στο βάρος και στον κύκλο του ύπνου, χρόνια κούραση, συναισθήματα της αναξιοσύνης ή ενοχής και δυσκολία συγκέντρωσης ή σκέψης. Αυτά τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή δυσλειτουργία στους φυσικούς, κοινωνικούς, επαγγελματικούς και άλλους βασικούς τομείς της λειτουργίας.

Σε κάθε είδους στρεσογόνο παράγοντα, ο οργανισμός απαντά με ανάλογη προς την ένταση του στρες αντίδραση. Η αντίδραση αυτή πυροδοτεί μέσω του νευρικού συστήματος μια ενδοκρινική δραστηριότητα που διατηρεί στον οργανισμό μια κατάσταση ετοιμότητας, θέτοντας σε συναγερμό τα συστήματά του, ώστε να αντεπεξέρχονται σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Στη σύγχρονη εποχή, οι κρατικές εξουσίες υφίστανται ισχυρές πιέσεις. Αυτό που συντελείται από το φως των σύγχρονων κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών εξελίξεων χαρακτηρίζεται ως μια «ήρεμη επανάσταση κατά της αυτονομίας του κράτους» Οι

σύγχρονες εξελίξεις χαρακτηρίζονται από την επιστροφή στους μηχανισμούς της αγοράς και από μια τάση αναδιάταξης των αρμοδιοτήτων που άλλοτε ανήκαν αποκλειστικά στον κρατικό μηχανισμό αλλά και την ανάδυση νέων.

Αυτό που ουσιαστικά συντελείται είναι μια προσπάθεια για συνεχή διερεύνηση του δικτύου κοινωνικού ελέγχου και στερέωση της παρέμβασής του.

Ολοκληρώνοντας αξίζει να ειπωθεί ότι αν η χώρα μας προχωρήσει σε αναδιοργάνωση και συστηματοποίηση των διαφόρων μορφών ιδιωτικοποιήσεων λειτουργιών του σωφρονιστικού μας συστήματος, δεν πρέπει να αντιγράψει κάποιο ξένο σύστημα, υιοθετώντας άκριτα θεσμούς και ρυθμίσεις που επινοήθηκαν και οργανώθηκαν ενόψει σωφρονιστικών αντιλήψεων και συστημάτων που διαφέρουν ή απέχουν από τα δικά μας.

Σε περίπτωση που η Ελλάδα προχωρήσει σε σχετική θεσμοθέτηση, θα πρέπει να είναι σαφές ότι η ιδιωτικοποίηση στο χώρο του σωφρονιστικού συστήματος α) δεν μπορεί να συνιστά οπισθοδρόμηση στις ιδιωτικές φυλακές του παρελθόντος β) δεν αποτελεί μέτρο ή μέσο υποκατάστασης των μέχρι τώρα «δημόσιων» φυλακών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το έγκλημα θεωρείται ως προσβολή της βούλησης του κυρίαρχου οργάνου της πολιτικά οργανωμένης κοινωνίας και τιμωρείται από αρμόδια κρατικά όργανα.

Ο εγκλεισμός σχετίζεται με τη στέρηση της ελευθερίας και δεν έχει στόχο να πλήξει την ελευθερία του ατόμου, αλλά να την εκμεταλλευτεί στα πλαίσια καταναγκαστικών εργασιών στα δημόσια έργα.

Οι μεταρρυθμιστικές ιδέες του τέλους του 18^{ου} αιώνα οδηγούν στην καθιέρωση του εγκλεισμού ως κύριας ποινής και την απομόνωση των κρατουμένων με σκοπό το σωφρονισμό τους.

Αυτό το απομονωτικό σύστημα κυριάρχησε σχεδόν σε όλα τα κράτη, μέχρι τις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Σε μεγάλα σωφρονιστικά καταστήματα, όπως οι φυλακές Κορυδαλλού, τα προβλήματα συχνά απειλούν την ασφάλεια μέσα στο ίδιο το σωφρονιστικό κατάστημα. Οι κρατούμενοι έχουν σημειώσει ανοδική πορεία εξαιτίας της έλευσης μεταναστών.

Στο σωφρονιστικό κώδικα προβλέπεται τρόπος λειτουργίας σε τμήματα ημιελεύθερης διαβίωσης, όμως η έλλειψη στα ελληνικά κρατητήρια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει ελλειπέστατη. Μερικοί από τους τρόπους χρηματοδότησης είναι η ανάθεση φροντίδας για την κατασκευή των εγκαταστάσεων στον ιδιωτικό τομέα, οι ιδιωτικές υπηρεσίες που παρέχονται με σύμβαση έργου, και η εργασία των κρατουμένων. Η έναρξη και η κατάχρηση του αλκοόλ σχετίζεται με μια σειρά παραγόντων, ο βασικότερος όμως είναι ο κοινωνικός παράγοντας.

Για την έναρξη της χρήσης του αλκοόλ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η κατάσταση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Η οξεία κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από μια περίοδο τουλάχιστον δύο εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου το πρόσωπο παρουσιάζει καταθλιπτική διάθεση και χάνει την ευχαρίστηση σχεδόν σε κάθε δραστηριότητά του.

Το άγχος μπορεί να είναι η αιτία πολλών διαταραχών όπως είναι: η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή μετά από τραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Σήμερα οι συμπεριφοριστικές και γνωστικές τεχνικές χρησιμοποιούνται συχνά μαζί κάτω από την επικεφαλίδα της γνωσιακής ή γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας.

Ο ιατρός των φυλακών έχοντας εξετάσει τους φυλακισμένους πρέπει να διατηρεί ιατρικό φάκελο, μέσα στον οποίο θα αναγράφονται όλες οι ιατρικές εξετάσεις που γίνονται. Σημαντικό είναι το ιατρικό απόρρητο.

Κατά τον ελληνικό σωφρονιστικό κώδικα όταν υπάρχουν χρόνιες παθήσεις, ο φυλακισμένος μπορεί να ζητήσει από τον θεράποντα ιατρό του με την προϋπόθεση να βρίσκεται στην εξέταση ο ιατρός της φυλακής.

Οι κρατούμενοι είναι μια ευαίσθητη ομάδα. Επειδή ήδη επιβαρύνονται με τον εγκλεισμό δεν θα πρέπει να παίρνουν μέρος σε έρευνες που απ' τη μια τους εκθέτουν σε κινδύνους κι απ' την άλλη δεν τους προσφέρουν κάποια θεραπεία. Η επιλογή των κρατουμένων στις έρευνες δεν θα πρέπει να γίνεται, επειδή υπάρχουν λόγοι που έχουν σχέση με το εκάστοτε πρόβλημα.

Εντός της φυλακής αναπτύσσονται ασθένειες, ορισμένες εκ των οποίων απειλούν τη ζωή των φυλακισμένων, όπως η ηπατίτιδα και το AIDS. Ο βαθμός ικανοποίησης με τις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που παρακινεί τις γυναίκες να αναζητήσουν και να λαμβάνουν προγεννητική φροντίδα. Έτσι διάφορα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας αποτελούν θέμα αξιολογών ερευνών.

SUMMARY

The crime is considered as an insult of the free will of the prevailing commission of the politically organized society and gets punished by the competent state body.

The confinement is relevant to the freedom deprivation and does not aim to deny the person's freedom, but to take advantage of it in the onerous tasks of the public works.

The reforming ideas of the 18th century's end lead to the institutionalization of the confinement as the main penalty and the prisoners' isolation as regards their correction.

This isolating system prevailed in almost all the states, until the beginning of the 20th century. In the big prisons such as the prison of Korydallos, the problems often threaten the safety into the prison itself. The prisoners have noted a rising turn because of the immigrants' arrival.

A way of function exists in the day release departments of the Correctional code, but the shortage of medical and nursing stuff in the greek holding cells remains deficient. A few of the financing methods are the commissioning care for the construction of installations in the private sector, the private services provided by the work contract, and the labor of the prisoners. The alcohol onset and abuse is associated with a number of factors, with the social factor being of greater importance.

The condition of the family environment sets a determinant role for the beginning of the alcohol usage. The acute depression is a disorder which is defined by a period of at least two weeks. During this period, the person displays a depressive mood and loses the pleasure in almost all his activities.

The stress may be the reason of many disorders, such as: the panic disorder with or without agoraphobia, the social phobia, the compulsive disorder, the disorder provoked by a traumatic stress and the generalized anxiety disorder.

Nowadays the behavioral and cognitive techniques are often used together under the cognitive or cognitive-behavioral treatment.

The doctor of the prisons, having examined the prisoners, should keep a medical record into which the entire medical examinations that take place will be recorded. The medical confidentiality is crucial.

According to the Hellenic Penal System, when chronic diseases exists, the prisoner may demand his physician providing that the doctor of the prison be present on the examination.

The prisoners constitute a delicate team. Because they are already charged with confinement, they should not participate in researches which on the one hand expose them into dangers and on the other hand do not provide them with a cure. The choice of the prisoners in the researches should not be applicated because there are reasons concerning each and every problem.

Illnesses can be developed inside the prison and some of them threaten the prisoners' lives such as the hepatitis and AIDS. The range of satisfaction with the prenatal care services is one of the main factors which motivates the women to search and continue to receive prenatal care. Thus, several prenatal care programs constitute a topic of worthwhile researches.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Balter M. Virus from (1959) sample marks early years of HIV. Science : 1998 :279: 44-51
- Batchelder J. S., Pippert M (2002). , Hard time or idle time: Factors affecting inmate choices between participation in prison work and education programs, *The Prison journal*, 82(3).
- Bennett P (2010). , Κλινική Ψυχολογία και ψυχοπαθολογία, Αθήνα: Πεδίο
- Bruce WB, Edmeades GO, Barker TC (2002). Molecular and physiological approaches to maize improvement for drought tolerance. *J Exp Bot* 53: 13–25
- Chen MY, Fox E F, Rogers C A(2001) : Post exposure prophylaxis of human immunodeficiency virus: knowledge and experience of junior doctors: Sex Transm. Inf.: 77: 444-445
- Farrington, K.(1992). The modern prison as total institution ? Public perception versus objective reality. *Crime & Delinquency*, 1(3). , σ. 6-26.
- Foucault, M.(1999). , *Ο μεγάλος εγκλεισμός*, Αθήνα : Μαύρη Λίστα, σ. 32
- Foucault, M.(1989). , *Επιτήρηση και τιμωρία- η γέννηση της φυλακής*, Αθήνα:Κέδρος,
- Garland D (2002). , «The Cultural Uses of Capital Punishment», *Punishment and Society*, 4, σ. 459
- Gentry T.J.(1990). *The Panopticon Revisited: The problem of monitoring private prisons*, The Yale Law Journal, Vol 96(2).
- Handler, A., Rosenberg, D., Raube, K., Kelley, M. (1998).Healthcare characteristics associated with women’s satisfaction with prenatalcare. *Medical Care*1998; 36:679-694
- Jung H (1990)., General Report στον τόμο Council of Europe, Privatization of Crime Control.
- Kaplan H.- Sadock B (2000)., *Ψυχιατρική*, τόμος Β, έβδομη έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

- Kaplan H.- Sadock B (2000). , *Ψυχιατρική*, τόμος Β, έβδομη έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Kauffman, K (1988). , *Prison Officers and Their World* Cambridge, MA: Harvard University Press, σ. 86 επ.
- Lucas, C (1838)., Για την μεταρρύθμιση των φυλακών, σελ 64 στο *Foucault, M.(1976).* , *Επιτήρηση και τιμωρία- η γέννηση της φυλακής*, Αθήνα: Κέδρος, σ. 353.
- Muncie, J (1996). 'Prison Histories: Reform, Repression and Rehabilitation', in. McLaughlin, E. and Muncie, J (eds.). Controlling Crime. London: Sage.
- Murphy, J. , Dison, J (1990). , *Are prisons any better?- Twenty years of correctional reform*, London : Sage publications, σ. 18
- Reiman, J.(2004)., *The rich get richer and the poor get prison: Ideology, class and criminal justice*, Boston : Pearson, σ. 183
- Schichor D (1997). , *Three Strikes as Public Policy: The Convergence of the New Penology and the McDonaldization of Punishment*, *Crime and Delinquency* 43(3). , 1997, σ. 470-492
- Thomas C., Martin S (1993). *Private Adult Correctional Florida : Facility Sencus*.
- Wacquant L.(2001)., *Οι φυλακές της μιζέριας*, Αθήνα : Πατάκης, σ. 30-32
- Αλεξιάδης Σ (1995)., *Η ιδιωτικοποίηση των φυλακών*, Αθήνα-Κομοτηνή : Σάκκουλα,
- Αλεξιάδης Σ., (1991). «Το Σχέδιο του Νέου Σωφρονιστικού Κώδικα. Βασικές Αρχές και Κατευθύνσεις του», στο *Χρονικά εργαστηρίου εγκληματολογίας και δικαστικής ψυχιατρικής*, 3(2). , σ. 21 – 31
- Αλεξιάδης Σ., Πανούσης Γ (1996). : *Σωφρονιστικοί κανόνες*, στο: *Εγκληματολογικά* (ειδ. Έκδοση). , Αθήνα - Κομοτηνή : Σάκκουλας,.
- Αλιμπουτάκη Τ (1985). , *Aids- Ελληνική πραγματικότητα*, Εκδόσεις Νέα Σύνορα, Αθήνα
- Αντωνοπούλου, Χ., (1997). , *Ανθρώπινη σεξουαλικότητα*, Αθήνα.
- Γεωργούλιας Β. (1989) *Διάγνωση της μόλυνσης. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας. Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS. Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.: σελ. 75-85.*

- Δασκαλάκης Η (1988), «Ο θεσμός της φυλακής στην Ελλάδα. Προκαταρκτική έκθεση της ερευνητικής ομάδας εγκληματολογίας του Ε.Κ.Κ.Ε.», στο. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 68Α, σ. 237 – 401
- Δασκαλάκης Η (1988). , «Ο θεσμός της φυλακής στην Ελλάδα. Προκαταρκτική έκθεση της ερευνητικής ομάδας εγκληματολογίας του Ε.Κ.Κ.Ε.», στο. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 68Α, σ. 237 – 401
- Δετοράκης Ι., Παπαγεωργίου, Ι (2002). , *Αγωγή της σεξουαλικής συμπεριφοράς*, Εκδόσεις Πατάκης, Αθήνα.
- Ευθυμίου (2009) "Ψυχιατρική", 20:245–254
- Εφημερίδα της κυβερνήσεως, (1999) Τεύχ. Α', Αρ. Φύλλου 291, 24 Δεκεμβρίου, Νόμος Υπ' Αριθ. 2776, «Σωφρονιστικός Κώδικας», σ. 5123 – 5145
- Ζαίρη Α (1994)., *Φυλακές και ανθρώπινα δικαιώματα*, (στον τόμο Ε.Ε.ΔΛ.Δ.Ε., *Οι Ελληνικές Φυλακές*.
- Καλοταιράκης Α. (1989) AIDS: θεραπευτική αντιμετώπιση, νοσηλευτικά προβλήματα. Στο: HIV-AIDS, Ιός της Επίκτητης Ανοσολογικής Ανεπάρκειας, Υποεπιτροπή Εκπαίδευσης της Εθνικής Επιτροπής AIDS, Αθήνα: Εθνική Φαρμακοβιομηχανία Α.Ε.,: σελ. 115-127.
- ΚΕΕΛΠΝΟ, (2009). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση Πανδημίας γρίπης, 3Η έκδοση , ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΛΙΟΣ
- Κουκουτσάκη, Α.(2006)., *Εικόνες Φυλακής*, Αθήνα : Πατάκης
- Κουράκης Ν (1997): *Ποινική καταστολή* , Αθήνα –Κομοτηνή: Σάκκουλα, σ. 107
- Κουράκης Ν.Ε., Σπινέλλη Κ. Δ (1995). : *Σωφρονιστική νομοθεσία*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
- Λαμπροπούλου, Ε (1999α). Κοινωνιολογία του Ποινικού Δικαίου και των θεσμών Ποινικής Δικαιοσύνης, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτος Κ.- Κοσμίδης Ι (1994)., *Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας*, Εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα
- Ράπτης Σ. (1998) *Εσωτερική Παθολογία*, Τομος 3 Εκδ. Μ.Γ. Παρισιάνου. Αθήνα.

- Συνήγορος του Πολίτη- Ανεξάρτητη Αρχή (Κύκλος Κοινωνικής Πρόνοιας). (2007)., *Πόρισμα: Περίθαλψη ασθενών και φορέων HIV- AIDS*, Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: Δ.Ν. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου, Ειδικός Επιστήμονας: Ιωάννα Αρσενόπουλου, Ιούλιος
- Σωφρονιστικός Κώδικας. ν2776/1999 (άρθρο 4, παρ. 1, 2).
- Τριανταφυλλίδου Α., Τσουμάκας Κ (2006). , *Αλκοόλ και εφηβεία*, Δελτίο Α Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 56, 33-40
- Χάιδου, Α.(2002)., *Το σωφρονιστικό σύστημα – ζητήματα θεωρίας και πρακτικής*, Αθήνα: Νομική βιβλιοθήκη σ. 32