



Κλίμακα

Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου & Κοινωνικού Κεφαλαίου

Οδηγός για την

Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Κρατούμενου

για τους εργαζόμενους
στα καταστήματα
κράτησης

Ελένη Η. Μπεκιάρη
Κυριάκος Β. Κατσαδώρας

Οδηγός για την
Αναγνώριση
του Αυτοκαταστροφικού
Κρατούμενου

Ένας οδηγός για τους εργαζόμενους
στα καταστήματα κράτησης

Πρόλογος

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» είναι ένας Μ.Κ.Ο. που δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής ενσωμάτωσης αποκλεισμένων πληθυσμών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Οι δράσεις της «ΚΛΙΜΑΚΑ» απευθύνονται σε ανθρώπους και πληθυσμιακές ομάδες που στερούνται βασικών αγαθών και βιώνουν τα προβλήματα του κοινωνικού αποκλεισμού: άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, άστεγοι, ανήλικοι παραβάτες και αποφυλακισμένοι, διακινούμενες γυναίκες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, θύματα κακοποίησης, θύματα πολέμων και φυσικών καταστροφών, άτομα με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα κ.α.

Παράλληλα προσφέρει ευκαιρίες επιμόρφωσης και δυνατότητα πρακτικής άσκησης σε επαγγελματίες και φοιτητές της ψυχικής υγείας και των κοινωνικών επιστημών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Δημιουργεί ερευνητικά πρωτόκολλα και επιστημονικές εργασίες με θέματα που αφορούν τις ομάδες στόχου. Αναπτύσσει δίκτυα και συνεργασίες με φορείς της πολιτείας και φορείς με συναφείς στόχους και δράσεις στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Το ανθρώπινο δυναμικό του φορέα αριθμεί 160 άτομα εκ των οποίων το 95% είναι γυναίκες και σε ποσοστό περίπου 20% είναι άτομα από κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.

Στο πλαίσιο υλοποίησης των στόχων της η «ΚΛΙΜΑΚΑ» πραγματοποιεί καινοτόμες δράσεις και εφαρμόζει πρωτοποριακά προγράμματα. Το 2001 εγκαινίασε το πρώτο πρόγραμμα τηλεψυχιατρικής στην Ελλάδα το οποίο εφάρμοσε και σε χώρες του εξωτερικού (Αφγανιστάν, Ιράκ). Επίσης ο φορέας εφαρμόζει την τηλεδιάσκεψη για την παροχή εκπαιδευτικού έργου (τηλ-εκπαίδευση) και στην καθημερινή λειτουργία των δομών του (τηλεδιόικηση, ομάδες προσωπικού, εποπτεία κλπ.).

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» έχει αντιμετωπίσει επανειλημμένα περιπτώσεις αυτοκτονιών στην Αθήνα και την περιφέρεια. Λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος, ο φορέας ξεκίνησε μια προσπάθεια ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και παρέμβασης. Στο πλαίσιο αυτής της προσπάθειας λειτουργεί Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (801 801 99 99 και 1018). Από το 2009 η ΚΛΙΜΑΚΑ είναι μέλος της Διεθνούς Ένωσης για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας (International Association of Suicide Prevention).

Επιπλέον, η ψυχιατρική υπηρεσία του φορέα προχώρησε στη συγγραφή οδηγιών που απευθύνονται σε ειδικές επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν ενεργό ρόλο στην πρόληψη αναγνώριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και στην αντιμετώπισή της. Αυτός ο οδηγός απευθύνεται στους εργαζόμενους στα καταστήματα κράτησης.

Έως τώρα, έχουν εκδοθεί οι εξής οδηγοί:

1. Οδηγός για την Πρόληψη της Αυτοκτονίας του Παιδιού και του Εφήβου (απευθύνεται στους γονείς και τους Εκπαιδευτικούς Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης)
2. Οδηγός για την Αναγνώριση του Αυτοκαταστροφικού Ασθενή (απευθύνεται στους εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας)
3. Μιλώντας για την Αυτοκτονία: Οδηγίες για δημοσιογράφους και εργαζόμενους στα ΜΜΕ
4. Οδηγός για την Αναγνώριση της Κακοποίησης της Γυναίκας (απευθύνεται σε γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας)

Περιεχόμενα

1. Εισαγωγή *σελ. 9-14*
2. Ο στόχος του οδηγού *σελ. 15-16*
3. Η ψυχική υγεία των κρατουμένων *σελ. 17-28*
4. Ορίζοντας την Αυτοκαταστροφικότητα *σελ. 29-32*
5. Αυτοκτονία στο γενικό πληθυσμό:
Παράγοντες κινδύνου *σελ. 33-36*
6. Αυτοκτονία στα καταστήματα κράτησης:
Προστατευτικοί παράγοντες *σελ. 37-39*
7. Αυτοκτονία στα καταστήματα κράτησης:
Παράγοντες Κινδύνου *σελ. 40-47*
8. Οι κύριες ψυχικές διαταραχές των κρατουμένων *σελ. 48-59*
9. Ειδικές ομάδες:
 - Ανήλικοι *σελ. 60-63*
 - Γυναίκες *σελ. 64-65*

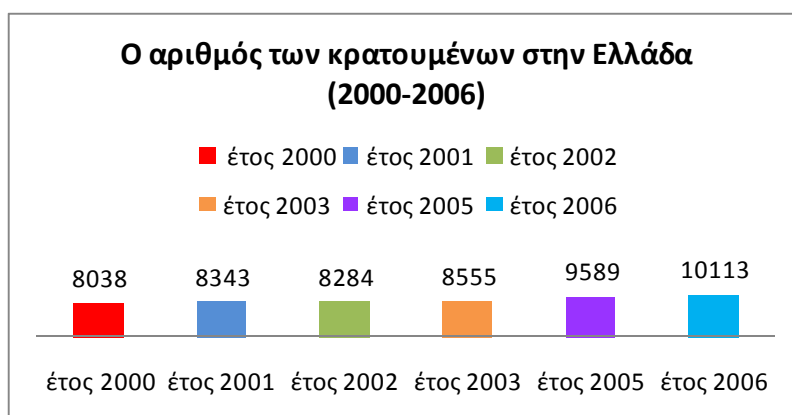
10. Ο αυτοτραυματισμός των κρατουμένων *σελ. 66-69*
11. Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού κρατούμενου *σελ. 70-76*
12. Μετά την αναγνώριση *σελ. 77-82*
13. Τηλεψυχιατρική: Η πρόταση της «ΚΛΙΜΑΚΑ» *σελ. 83-85*

Παραρτήματα:

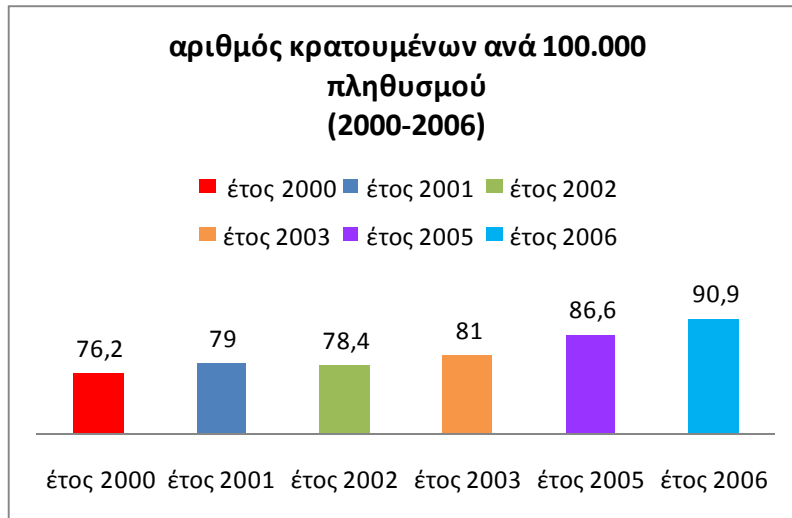
- A. Γραμμή Παρέμβασης για την αυτοκτονία *σελ. 86*
 - B. Οι φυλακές Bastoy στη Νορβηγία *σελ. 87-89*
- Βιβλιογραφία* *σελ. 90-100*

1. Εισαγωγή

Σε όλο τον κόσμο, περίπου 9 εκατομμύρια άνθρωποι κρατούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα. Εκτιμάται ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι καταλήγουν στη φυλακή: το 2007 υπολογίστηκε από το International Centre for Prison Studies ότι ο αριθμός των κρατουμένων σε όλο τον κόσμο είχε αυξηθεί κατά 250.000 σε διάστημα ενάμιση χρόνου. Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, στην Ελλάδα οι κρατούμενοι αυξήθηκαν από το 2000 ως το 2006 κατά 2.075 άτομα.



Η αναλογία κρατουμένων ανά 100.000 πληθυσμού το 2006 ήταν 90,9/ 100.000. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε κατά 19,3% από το 2000 ως το 2006.



Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, οι κρατούμενοι κατά τη λήξη του 2006 ήταν 10280, εκ των οποίων οι 7234 ήταν κατάδικοι. Παρόμοια είναι τα στοιχεία του Συμβουλίου της Ευρώπης, σύμφωνα με τα οποία ο αριθμός των κρατουμένων την 1^η Σεπτεμβρίου 2006 ήταν 10.113 άτομα, εκ των οποίων οι 3068 ήταν υπόδικοι και οι 7045 ήταν κατάδικοι. Τα ελληνικά καταστήματα κράτησης έχουν δυναμικότητα 6019 ατόμων. Με βάση αυτά τα ποσοστά το 2006 λειτουργούσαν με πληρότητα 168%.

Παρακάτω απεικονίζεται η κατανομή των κρατουμένων κατά φύλο και ηλικία.

**Κρατούμενοι στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του 2006-
Κατανομή κατά ηλικία και φύλο**

Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία

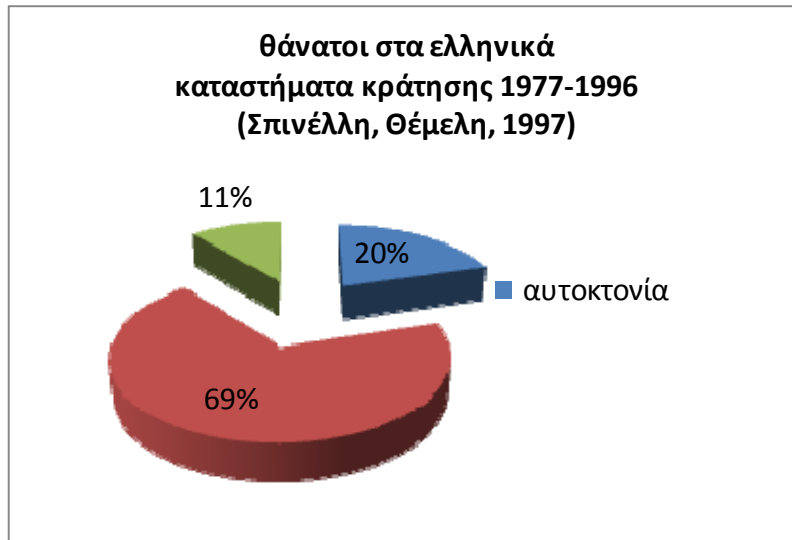
Ηλικία		Κατάδικοι και Υπόδι- κοι	Κατάδικοι
14-18		157	99
	Άντρες	148	95
	Γυναίκες	9	4
19-21		932	561
	Άντρες	874	535
	Γυναίκες	58	26
22-29		5662	3863
	Άντρες	5319	3681
	Γυναίκες	343	182
30-39		5511	4084
	Άντρες	5127	3823
	Γυναίκες	384	261
40-49		3462	2677
	Άντρες	3165	2454
	Γυναίκες	297	223
50-59		1609	1296
	Άντρες	1452	1182
	Γυναίκες	157	114
60 και άνω		737	590
	Άντρες	668	532
	Γυναίκες	69	58

Σε πολλές χώρες του κόσμου, η αυτοκτονία είναι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου στα καταστήματα κράτησης. Στις φυλακές της Αγγλίας και της Ουαλίας, το διάστημα 1978-2003, ο δείκτης αυτοκτονίας για τους άντρες ήταν πέντε φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο δείκτη για το γενικό πληθυσμό.

Στη Φινλανδία, το διάστημα 1969-1992, το 47% των θανάτων στα καταστήματα κράτησης οφειλόταν σε αυτοκτονία. Ο δείκτης αυτοκτονίας στους άντρες κρατούμενους ήταν τριπλάσιος από τον αντίστοιχο δείκτη για τους ενήλικες άντρες του γενικού πληθυσμού της χώρας.

Στις αυστραλιανές φυλακές, το διάστημα 1980-1998 σημειώθηκαν 787 θάνατοι, εκ των οποίων οι 367 (ποσοστό 46,6%) οφείλονταν σε αυτοκτονία. Η αυτοκτονία ήταν η συνηθέστερη αιτία θανάτου το διάστημα αυτό.

Στην Ελλάδα, την περίοδο 1977-1996, καταγράφηκαν 457 θάνατοι στο ελληνικό σωφρονιστικό σύστημα (φυλακές και νοσοκομεία). Από αυτούς τους θανάτους οι 93 καταγράφηκαν ως αυτοκτονίες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 20% του συνόλου των θανάτων.



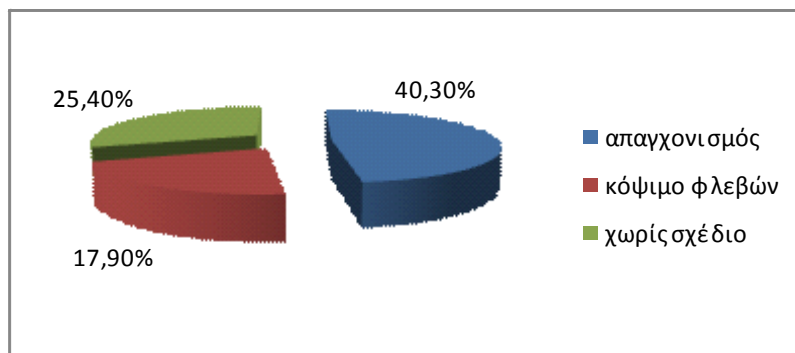
Το 2005, σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρώπης, σημειώθηκαν 6 αυτοκτονίες στις ελληνικές φυλακές (δείκτης αυτοκτονίας: 6,3 ανά 10.000). Ωστόσο εκτιμάται ότι στην πραγματικότητα οι αυτοκτονίες είναι περισσότερες. Τα στοιχεία που υπάρχουν είναι ελλιπή και δεν επιτρέπουν την ακριβή εκτίμηση του μεγέθους των αυτοκτονιών. Αξίζει να αναφερθεί ότι την περίοδο 1977-1996 δεν είχε καταγραφεί η αιτία για το 11% των θανάτων. Επιπλέον, ο αριθμός των αποπειρών αυτοκτονίας και των λοιπών αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών είναι ακόμη μεγαλύτερος.

Η συχνότερη μέθοδος αυτοκτονίας στα καταστήματα κράτησης είναι ο απαγχονισμός. Οι κρατούμενοι συνήθως χρησιμοποιούν τα σεντόνια ή τα σκεπά-

σματα των κρεβατιών τους, τις ζώνες, τα κορδόνια των παπουτσιών ή τα ρούχα τους για να φτιάξουν ένα βρόχο, την άκρη του οποίου δένουν στα κάγκελα ή σε άλλη προεξοχή του κελιού τους. Ο απαγχονισμός μπορεί να είναι θανατηφόρος ακόμα κι αν τα πόδια του κρατούμενου ακουμπούν στο έδαφος.

Άλλες συχνές μέθοδοι είναι το «κόψιμο των φλεβών» και η λήψη υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κλειστή Φυλακή της Πάτρας, σε δείγμα 134 κρατουμένων, το 50% (67 άτομα) σκέφτονταν ν' αυτοκτονήσουν. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι:

- το 40,3% σκεφτόταν να αυτοκτονήσει δια απαγχονισμού
- το 17,9% με κόψιμο των φλεβών
- το 25,4% δεν είχε συγκεκριμένο σχέδιο



2. Ο στόχος του οδηγού

Η αυτοκτονία ενός κρατούμενου είναι ένα από τα πιο επώδυνα γεγονότα που μπορούν να συμβούν σε ένα κατάστημα κράτησης, τόσο για τους άλλους κρατούμενους, όσο και για το προσωπικό. Μπορεί να πυροδοτήσει αλυσίδα αυτοκτονιών μεταξύ των κρατουμένων, ή να οδηγήσει σε εντάσεις και βίαια επεισόδια. Μπορεί επίσης να επιφέρει κυρώσεις για το προσωπικό δεδομένου ότι ο ρόλος του δεν περιορίζεται μόνο στη φύλαξη των κρατουμένων, αλλά περιλαμβάνει και τη διασφάλιση της υγείας και της σωματικής τους ακεραιότητας.

Ο οδηγός αυτός απευθύνεται στους εργαζόμενους στα καταστήματα κράτησης (σωφρονιστικούς υπαλλήλους, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, εκπαιδευτικούς κλπ) και στοχεύει στην πρόληψη της αυτοκτονίας των κρατουμένων. Συγκεκριμένα:

- Παρέχονται πληροφορίες για τις κυριότερες ψυχικές διαταραχές των κρατουμένων
- Γίνεται αναφορά στους παράγοντες που δρουν προστατευτικά καθώς και στους παράγοντες που τους εκθέτουν σε κίνδυνο

- Περιγράφεται η συμπεριφορά του κρατούμενου που κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής και τα προειδοποιητικά σημάδια που δίνει στο περιβάλλον του
- Υποδεικνύονται τρόποι παρέμβασης και χειρισμού του κρατούμενου που βρίσκεται σε κίνδυνο

3. Η ψυχική υγεία των κρατουμένων

Το υψηλό ποσοστό των αυτοκτονιών στα καταστήματα κράτησης αντανακλά την κακή ψυχική υγεία των κρατουμένων. Στις Η.Π.Α., υπολογίζεται ότι στις φυλακές βρίσκεται διπλάσιος αριθμός ψυχικά ασθενών σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στα ψυχιατρεία.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., στις χώρες της Ευρώπης το ποσοστό των κρατουμένων που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας ή/και εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες ουσίες αγγίζει το 60-65%. Εκτιμάται ότι το συχνότερο πρόβλημα είναι οι διαταραχές προσωπικότητας, ενώ η συννοσηρότητα είναι πολύ συχνή.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται τα ευρήματα από την ανασκόπηση 62 ερευνών από 12 χώρες (Αυστραλία, Καναδά, Ηνωμένες Πολιτείες, Δανία, Φινλανδία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Ισπανία, Νορβηγία, Σουηδία και Μεγάλη Βρετανία), όπου συμμετείχαν 22.790 κρατούμενοι.

Η ψυχική υγεία των κρατουμένων σε 12 χώρες (Fazel, 2004)		
	Άντρες	Γυναίκες
Ψυχωτική συνδρομή	3-7%	3,2-5,1%
Μείζων κατάθλιψη	9-11%	11-14%
Διαταραχή προσωπικότητας	61-68%	38-45%

Με βάση αυτά τα ευρήματα, ένας στους δέκα κρατούμενους στις δυτικές χώρες έχει ψυχωτική συνδρομή ή μείζονα κατάθλιψη (διαταραχές που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία), ενώ ο ένας στους δύο άντρες κρατούμενους και η μία στις πέντε γυναίκες έχουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας.

Και στην Ελλάδα, ένα μεγάλο ποσοστό κρατουμένων αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα ευρήματα έρευνας που έγινε στις Δικαστικές Φυλακές Κορυδαλλού το 2006, στην οποία συμμετείχαν 495 κρατούμενοι. Το 58% δεν είχε ιστορικό προηγούμενης φυλάκισης, ενώ το 19% είχε ιστορικό άνω των τεσσάρων ποινών. Τα αίτια φυλάκισης ήταν μη βίαια (κλοπή, οικονομικό έγκλημα κλπ) σε ποσοστό 40,7%. Τα εγκλήματα που σχετίζονταν με ναρκωτικά αφορούσαν το 30,3% του δείγματος, και τα βίαια εγκλήματα το 28%.

Η ψύχωση ήταν δύο με τρεις φορές συχνότερη μεταξύ των κρατουμένων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (ποσοστό 2,63% σε σχέση με 1% στο γενικό πληθυσμό). Οι διαταραχές προσωπικότητας και η ουσιοεξάρτηση συσχετίστηκαν με τα βίαια εγκλήματα, ενώ η κατάθλιψη συσχετίστηκε με τα εγκλήματα που σχετίζονταν με ναρκωτικά.

Ψυχικές Διαταραχές στις Φυλακές Κορυδαλλού (Αλεβιζόπουλος, 2006)	
Καμία ψυχική διαταραχή	272 (59,94%)
Διαταραχή Προσωπικότητας	79(15,96%)
Χρήση ουσιών	72 (14,54%)
Κατάθλιψη	22 (4,44%)
Νεύρωση	18 (3,64%)
Ψύχωση	13 (2,63%)
Οργανική ψυχική νόσος	7 (1,41%)
Μανία	5 (1,01%)
Διπλή Διάγνωση	7 (1,41%)

Σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις φυλακές της Κομοτηνής, καταγράφηκε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό ψυχοπαθολογίας μεταξύ των κρατουμένων.

Στην έρευνα συμμετείχαν 80 άντρες, ηλικίας 21-74 ετών. Το 60% των συμμετεχόντων είχε διαπράξει εγκλήματα σχετικά με ναρκωτικά. Διαπιστώθηκε ότι το 78,7% (63 άτομα) είχε κάποια ψυχική διαταραχή. Αυτό το ποσοστό είναι τέσσερις φορές υψηλότερο από αυτό που αντιστοιχεί στον ανδρικό πληθυσμό της κοινότητας.

Το 15% ανέφερε απόπειρα αυτοκαταστροφής πριν τη φυλάκιση και το 2,5% κατά τη διάρκεια της φυλάκισης. Η πλειοψηφία των κρατούμενων που ανέφερε απόπειρα αυτοκαταστροφής έπασχε από μείζονα κατάθλιψη. Επιπλέον, το 15% των κρατουμένων είχε IQ κάτω από 75, είχε δηλαδή Νοητική Υστέρηση.

Στον πίνακα που ακολουθεί αναγράφονται τα κύρια ευρήματα.

Ψυχικές Διαταραχές στις Φυλακές Κομοτηνής (Φωτιάδου, 2006)				
	Διάγνωση	Υπόδικοι (40)	Κατάδικοι (40)	Σύνολο
<i>Τη χρονική στιγμή που έγινε η έρευνα</i>	Διπολική Διαταραχή	2 άτομα (5%)	Κανείς (0%)	2 άτομα (2,5%)
	Μείζων κατάθλιψη	13 άτομα (32,5%)	9 άτομα (22,5%)	22 άτομα (27,5%)
	Δυσθυμία	2 άτομα (5%)	3 άτομα (7,5%)	5 άτομα (6,25%)
	Σχιζοφρένεια	3 άτομα (7,5%)	Κανείς (0%)	3 άτομα (3,75%)
	Αγχώδεις και Σωματομετατρεπτικές Διαταραχές	16 άτομα (40%)	14 άτομα (35%)	30 άτομα (37,5%)
<i>Κάποια στιγμή στη ζωή τους</i>	Σχιζοφρένεια	3 άτομα (7,5%)	Κανείς (0%)	3 άτομα (3,75%)
	Διπολική Διαταραχή	4 άτομα (10%)	2 άτομα (5%)	6 άτομα (7,5%)
	Διαταραχή Πανικού	10 άτομα (25%)	5 άτομα (12,5%)	15 άτομα (18,7%)
	Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας	19 άτομα (47,5%)	11 άτομα (27,5%)	30 άτομα (37,5%)
	Κατάχρηση και Εξάρτηση από Αλκοόλ	10 άτομα (25%)	13 άτομα (32,5%)	23 άτομα (28,7%)
	Κατάχρηση και εξάρτηση από άλλες ουσίες	26 άτομα (65%)	21 άτομα (52,5%)	47 άτομα (58,7%)

Αν και οι ανάγκες των κρατουμένων είναι μεγάλες, η ψυχιατρική φροντίδα που παρέχεται είναι περιορισμένη. Στην Ελλάδα, το μόνο κατάστημα κράτησης που διαθέτει ψυχιατρικό νοσοκομείο είναι το κατάστημα Κορυδαλλού. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης, στο ψυχιατρικό νοσοκομείο Κορυδαλλού υπάρχουν 160 κλίνες, ενώ στο γενικό νοσοκομείο υπάρχουν 60 κλίνες. Ο αριθμός των κλινών σε σχέση με τον αριθμό των κρατουμένων είναι εξαιρετικά μικρός.

Το υψηλό ποσοστό των ψυχικά ασθενών που βρίσκεται στις φυλακές μπορεί να αποδοθεί σε πολλούς παράγοντες, όπως είναι:

- ο ευρέως διαδεδομένος «μύθος» ότι όλοι οι ψυχικά πάσχοντες είναι βίαιοι κι επικίνδυνοι
- η δυσκολία της κοινωνίας να ανεχτεί τη διαφορετική ή «δύσκολη» συμπεριφορά
- η αδυναμία παροχής επαρκούς ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα
- η καταστρεπτική επίδραση που έχει η φυλάκιση στην ψυχική υγεία

Πολλοί κρατούμενοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας ήδη πριν μπουν στη φυλακή. Ένα μεγάλο ποσοστό κάνει χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η αδυναμία παροχής επαρκούς ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινότητα οδηγεί τους ανθρώπους αυτούς στην παραβατικότητα και τη φυλάκιση. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. μια από τις δυσκολίες που συναντάμε προσπαθώντας να κρατήσουμε τους ψυχικά πάσχοντες παραβάτες έξω από τη φυλακή είναι ότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες μονάδες για να τους φιλοξενήσουν. Έτσι καταλήγουν στη φυλακή όπου τις περισσότερες φορές στερούνται την ψυχιατρική περίθαλψη που έχουν ανάγκη.

Επιπλέον, πολλοί κρατούμενοι έχουν ζήσει σε αντίξοες συνθήκες και έχουν βιώσει αρνητικές εμπειρίες που επιβαρύνουν την ψυχική τους υγεία, όπως είναι :

- Σωματική, σεξουαλική ή συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση
- Διάλυση της οικογένειας ή/και ενδοοικογενειακή βία
- Αλκοολισμός ή χρήση ουσιών μέσα στην οικογένεια
- Ψυχικές διαταραχές μέσα στην οικογένεια
- Ανεργία
- Διαβίωση σε συνθήκες ένδειας ή και διαβίωση στο δρόμο
- Πόλεμο, βασανιστήρια κ.α. στις χώρες καταγωγής τους σε περίπτωση που είναι μεταναστες, κλπ.

Το ίδιο το γεγονός της φυλάκισης επιδρά αρνητικά, διαταράσσοντας το ήδη εύθραυστο υποστηρικτικό τους δίκτυο και επιτείνουν το στιγματισμό και την περιθωριοποίηση. Οι κρατούμενοι αποκόβονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο, τις οικογένειές τους, τον εργασιακό τους χώρο. Αποστερούνται οτιδήποτε τους είναι γνώριμο ή οικείο και μεταφέρονται σε ένα χώρο απομόνωσης και περιορισμού. Δεν είναι πλέον αυτόνομοι, δεν μπορούν να επιλέξουν τις δραστηριότητές τους, πρέπει να πειθαρχούν στις εντολές άλλων. Μπορεί να φοβούνται ότι θα υποστούν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ότι δεν θα μπορούν να ικανοποιήσουν βασικές τους ανάγκες ή ότι θα χάσουν κάθε επαφή με τον έξω κόσμο. Μπορεί επίσης να νιώθουν θυμό για τον εγκλεισμό τους, ενοχές και ντροπή για τα αδικήματα που διέπραξαν, ανασφάλεια για το παρόν και αβεβαιότητα για το μέλλον.

Δυστυχώς οι συνθήκες που επικρατούν στα καταστήματα κράτησης δεν είναι πάντα οι κατάλληλες. Ο αριθμός των κρατουμένων είναι πολύ μεγαλύτερος από τη δυναμικότητα των φυλακών, με αποτέλεσμα να συνωστίζονται στα κελιά. Ο συνωστισμός επιβαρύνει την ψυχική υγεία των κρατουμένων και επιπλέον δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για τη μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων (κυρίως φυματίωσης).

Παράλληλα, ο αριθμός του προσωπικού είναι μικρός σε σχέση με τον αριθμό των κρατουμένων, με

αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να επιφορτίζονται κυρίως με την επίβλεψη και τη φύλαξη και να μην έχουν χρόνο και αντοχές για δράσεις σωφρονισμού.

Άλλα προβλήματα που υπάρχουν και που υποβαθμίζουν τις συνθήκες κράτησης είναι:

- ελλιπής διατροφή
- πεπαλαιωμένες κτιριακές εγκαταστάσεις
- διακίνηση ναρκωτικών μέσα στη φυλακή
- ελλιπής αντιμετώπιση των εξαρτήσεων
- ελλιπής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων κλπ)
- έλλειψη δημιουργικής απασχόλησης
- απουσία προγραμμάτων επανένταξης
- ταπεινωτική ή βίαιη συμπεριφορά από το προσωπικό ή τους συγκρατούμενους

κλπ.

Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η ποινή που επιβάλλεται στους παραβάτες είναι η αποστέρηση της ελευθερίας τους και η απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο. Η διαβίωση σε ακατάλληλες συνθήκες δεν είναι μέρος της ποινής και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να θεωρείται λογικό επακόλουθο της φυλάκισης. Οι κακές συνθήκες κράτησης καλλιεργούν μια ατμόσφαιρα περιθωριοποίησης, εγκατάλειψης και στιγματισμού και επιβαρύνουν την ήδη εύθραυστη ψυχική υγεία των κρατουμένων. Ένα τέτοιο αρνητικό κλίμα μπορεί να κάνει τους κρατούμενους νευρικούς κι επιθετικούς και να οδηγήσει σε εκρήξεις βίας και σε ένταση.

Η μεγάλη πλειοψηφία των κρατουμένων κάποια στιγμή αποφυλακίζεται και επιστρέφει στην κοινωνία. Ωστόσο η επανένταξη είναι δύσκολη, αφενός λόγω των προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν, αφετέρου λόγω του κοινωνικού στιγματισμού και της περιθωριοποίησης που συνεπάγεται η φυλάκιση. Επιπλέον, πολλοί από αυτούς έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και φτωχές εργασιακές δεξιότητες με αποτέλεσμα να «αποκλείονται» από την αγορά εργασίας. Μην έχοντας κατάλυμα και προοπτική για απασχόληση καταλήγουν στο δρόμο.

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» πραγματοποίησε έρευνα σε τυχαίο δείγμα 200 αστέγων σε τέσσερις μεγάλες πόλεις της Ελλάδας (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα και

Λάρισα). Το 25% των αστέγων που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν φυλακισθεί κάποια στιγμή στη ζωή τους, ενώ το 12% ήταν αποφυλακισμένοι που αντιμετώπιζαν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Ως αποτέλεσμα του κοινωνικού αποκλεισμού που υφίστανται, οι αποφυλακισμένοι εγκλωβίζονται σε ένα φαύλο κύκλο περιθωριοποίησης, στιγματισμού και παραβατικότητας που τους οδηγεί ξανά στη φυλακή.

Το διάστημα της φυλάκισης μπορεί και πρέπει να αξιοποιηθεί για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και για την προώθηση της επανένταξης των παραβατών στην κοινωνία. Εκτός από την ψυχιατρική φροντίδα και την ψυχολογική στήριξη απαραίτητη είναι και η εκπαίδευση και η εργασιακή επιμόρφωση.

Στο Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα λειτουργεί από το 2000 πιλοτική εκπαιδευτική μονάδα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης καθώς και εκπαιδευτικά προγράμματα μικρής διάρκειας που αφορούν τεχνικές και γενικές σπουδές. Το 2004 από τους 220 ανήλικους κρατούμενους του Καταστήματος οι 60 βρίσκονταν στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, οι 105 στη Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο και Λύκειο) και οι 90 παρακολουθούσαν άλλα προγράμματα επιμόρφωσης.

Επιπλέον, σύμφωνα με το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων, σε κάποια καταστήματα κράτησης (Δικαστικές Φυλακές Διαβατών Θεσσαλονίκης, Δικαστικές Φυλακές Λάρισας, Φυλακές Δομοκού, Φυλακές Τρικάλων, Φυλακές Κορυδαλλού, Φυλακές Ελαιώνα Θηβών) λειτουργούν σχολεία δεύτερης ευκαιρίας, τα οποία ωστόσο δεν αρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες των κρατουμένων.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στον Ελαιώνα Θηβών, μόνο 40 κρατούμενες ηλικίας 18 έως 45 ετών παρακολουθούν το σχολείο, ενώ ο συνολικός αριθμός των γυναικών είναι περίπου 650 άτομα.

4. Ορίζοντας την αυτοκαταστροφικότητα

Η αυτοκτονία είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Οι δείκτες αυτοκτονίας σε όλο τον κόσμο ακολουθούν μια αυξητική τάση, ενώ το πρόβλημα γίνεται όλο και πιο έντονο στις νεαρές ηλικίες. Κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο αυτοκτονούν περίπου ένα εκατομμύριο άνθρωποι, ενώ οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι 10-20 φορές περισσότερες.

Η αυτοκτονία είναι μια ακραία πράξη αυτοκαταστροφής, ωστόσο αυτοκαταστροφικός δεν είναι μόνο ο άνθρωπος που αυτοκτονεί ή που αποπειράται να αυτοκτονήσει. Η αυτοκαταστροφικότητα μπορεί να εκδηλωθεί με ένα ευρύ φάσμα σκέψεων, πράξεων και συμπεριφορών που στρέφονται κατά της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του ατόμου, όπως είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός, οι παρααυτοκτονικές συμπεριφορές, η χρήση ουσιών κλπ.

Όταν δεν υπάρχει ελπίδα
υπάρχει βοήθεια

Γραμμή Παρέμβασης
για την Αυτοκτονία

801 801 99 99

Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο όρος «αυτοκτονικός ιδεασμός» αναφέρεται σε σκέψεις του ατόμου που αφορούν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν το θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας. Το σχέδιο μπορεί να περιλαμβάνει τον τόπο και το χρόνο της αυτοκτονίας και το μέσο που θα χρησιμοποιηθεί. Η ύπαρξη σχεδίου αυξάνει τη σοβαρότητα του ιδεασμού και τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι χρόνιος και επίμονος, σε ανθρώπους με σοβαρή ψυχοπαθολογία, ή να είναι παροδικός και να πυροδοτείται από αντίξοα γεγονότα της ζωής.

Παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά

Η παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά έχει οριστεί από τον Π.Ο.Υ. ως: «μια πράξη χωρίς θανατηφόρο αποτέλεσμα, κατά την οποία το άτομο εμφανίζει μία μη συνήθη συμπεριφορά χωρίς την παρέμβαση άλλων, η οποία προκαλεί αυτοτραυματισμό ή χαρακτηρίζεται από τη λήψη φαρμακευτικής ουσίας σε πολύ μεγαλύτερη από τη θεραπευτική δόση και η οποία συμπεριφορά έχει ως στόχο την επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών επιπτώσεων-βλαβών».

Ο παραπάνω ορισμός συμπεριλαμβάνει και την απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο όρος «παρα-αυτοκτονία» συνήθως χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη συμπεριφορά ασθενών που αυτοακρωτηριάζονται ή αυτοτραυματίζονται, χωρίς να υπάρχει πάντα πρόθεση θανάτου. Οι άνθρωποι που αυτοτραυματίζονται προκαλούν αμυχές, εκδορές, ή βαθύτερα τραύματα με μαχαίρι, ξυράφι, σπασμένο γυαλί κλπ. Συνήθως οι τραυματισμοί εντοπίζονται στα μπράτσα, τους καρπούς, τους μηρούς και τις κνήμες (πιο σπάνιες εντοπίσεις είναι το πρόσωπο, το στήθος και η κοιλιά). Άλλη συχνή μέθοδος που χρησιμοποιούν κυρίως οι άντρες είναι το κάψιμο.

Οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού είναι συχνότερες στις μικρές ηλικίες (στην εφηβεία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή). Οι γυναίκες αυτοτραυματίζονται τρεις φορές συχνότερα απ' ό,τι οι άντρες. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές είναι 50 φορές συχνότερες στους ανθρώπους που έχουν κάποια ψυχική πάθηση σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που αυτοτραυματίζονται έχουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Μπορεί επίσης να πάσχουν από κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές διατροφής (νευρογενή ανορεξία ή βουλιμία) ή να κάνουν χρήση ουσιών.

Απόπειρα αυτοκτονίας

Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» αναφέρεται σε μια οξεία, βλαπτική για το άτομο αυτενέργεια (π.χ. λήψη υπερβολικής δόσης φαρμάκων, πτώση από ύψος κλπ). Οι απόπειρες αυτοκτονίας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς :

- Την ύπαρξη σχεδίου: μπορεί να είναι προσχεδιασμένες ή παρορμητικές.
- Την πρόθεση θανάτου (δηλ. την επιθυμία του ατόμου να πεθάνει). Ενδεικτική της πρόθεσης θανάτου είναι η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε όπως επίσης και ο βαθμός σωματικής βλάβης μετά την απόπειρα.

Όλες οι απόπειρες αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, υποδηλώνουν τη δυσκολία του ατόμου να ανταπεξέλθει και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

5. Αυτοκτονία στο γενικό πληθυσμό: Παράγοντες Κινδύνου

Η αυτοκτονία είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή που εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και άλλων παραγόντων. Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό είναι:

A. Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

Φύλο: Οι άντρες αυτοκτονούν τρεις φορές συχνότερα απ' ότι οι γυναίκες, ωστόσο οι γυναίκες κάνουν τέσσερις φορές περισσότερες απόπειρες.

Ηλικία: Στους άντρες, ο αριθμός των θανατηφόρων αποπειρών αυξάνει μετά τα 45 έτη και στις γυναίκες μετά τα 55 έτη. Τα ηλικιωμένα άτομα αποπειρώνται πιο σπάνια από τα νεότερα, αλλά οδηγούνται συχνότερα στο θάνατο. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των αυτοκτονιών στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Οικογενειακή κατάσταση: Ο γάμος και τα παιδιά μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Αντίθετα, η μοναχική διαβίωση και η κοινωνική απομόνωση αυξάνουν τον κίνδυνο.

Εργασία: Η εργασία ασκεί προστατευτική επίδραση, ενώ η ανεργία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

B. Ψυχική Νόσος

Το 90-95% των ανθρώπων που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν έχουν κάποια ψυχική διαταραχή. Σε ποσοστό περίπου 80% πάσχουν από κατάθλιψη ή άλλη διαταραχή του συναισθήματος. Οι περισσότεροι έχουν κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα, ακόμα κι αν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης. Άλλες συχνές διαγνώσεις είναι η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών, ο αλκοολισμός, οι διαταραχές προσωπικότητας (ιδίως η αντικοινωνική και η μεθοριακή), η διαταραχή πανικού κα. Αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν οι άνθρωποι με ιστορικό βίαιης και παρορμητικής συμπεριφοράς, καθώς και όσοι έχουν ιστορικό νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο (διατρέχουν 5 με 10 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς που δεν έχουν νοσηλευτεί, οι οποίοι ωστόσο έχουν 3 με 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό).

Ωστόσο, η αυτοκτονία δεν είναι απαραίτητα η εκδήλωση μιας ψυχικής νόσου, ούτε όλοι οι ασθενείς με ψυχικές νόσους εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Οι περισσότεροι δεν το επιχειρούν ποτέ στη ζωή τους.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., ο κίνδυνος αυτοκτονίας κατά τη διάρκεια της ζωής ανθρώπων με συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως κατάθλιψη) είναι 6- 15%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον αλκοολισμό είναι 7-15% και για τη σχιζοφρένεια 4-10%.

Γ. Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας

Το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας είναι ο σημαντικότερος προβλεπτικός δείκτης μελλοντικής απόπειρας αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος νέας απόπειρας είναι ιδιαίτερα αυξημένος τους πρώτους τρεις μήνες μετά την πρώτη απόπειρα και παραμένει υψηλός εφόρου ζωής. Επιπλέον, το οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας αυξάνει τον κίνδυνο.

Δ. Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

- Προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις
- Απομόνωση/μοναχική διαβίωση
- Σημαντικές απώλειες, π.χ. λόγω πένθους
- Ανεργία και συνοδά προβλήματα
- Ο φόβος ότι θα βρεθεί ένοχος για κάτι
- Ο δημόσιος διασυρμός κλπ

Ε. Σωματική Νόσος

Η σοβαρή σωματική νόσος αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, ειδικά στους ηλικιωμένους. Κάποια χαρακτηριστικά της σωματικής νόσου (χρόνια, επώδυνη, με μικρές ή χωρίς πιθανότητες θεραπείας) αυξάνουν τον κίνδυνο. Οι αναπηρίες και τα κινητικά προβλήματα μπορούν επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο.

6. Αυτοκτονία στα καταστήματα κράτησης: Προστατευτικοί Παράγοντες

Προστατευτικοί Παράγοντες που αφορούν τους κρατούμενους

- Η απουσία ψυχικής διαταραχής και χρήσης ουσιών
- Η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου εκτός της φυλακής (υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον)
- Η αίσθηση ότι τον εκτιμούν και νοιάζονται γι' αυτόν
- Η δυνατότητα να κάνει σχέσεις που του προσφέρουν κατανόηση και συναισθηματική σταθερότητα
- Οι καλές και υποστηρικτικές σχέσεις με τους συγκρατούμενους
- Οι καλές και υποστηρικτικές σχέσεις με μέλη του προσωπικού που μπορούν να λειτουργήσουν σαν πρότυπα
- Η ελπίδα και τα σχέδια για το μέλλον κλπ

Προστατευτικοί Παράγοντες που αφορούν το κατάστημα κράτησης

Για να προασπίσει την ψυχική υγεία των κρατουμένων, το περιβάλλον του καταστήματος κράτησης πρέπει να ικανοποιεί βασικές τους ανάγκες, όπως είναι:

- Η ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη και σεβασμό από τους άλλους
- Η ανάγκη για δραστηριότητα, ψυχαγωγία και απασχόληση
- Η ανάγκη για ασφάλεια, σταθερό και προβλέψιμο περιβάλλον
- Η ανάγκη για ιδιωτικότητα και αυτονομία
- Η ανάγκη για φροντίδα της υγείας (ψυχικής και σωματικής)

Κατ' επέκταση, τα καταστήματα κράτησης που έχουν προστατευτική επίδραση δίνουν τη δυνατότητα για:

- Δημιουργική απασχόληση μέσα στη φυλακή (εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση, συμμετοχή σε καλλιτεχνικές και αθλητικές δραστηριότητες κλπ)

- Σωστή διατροφή
- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Πρόσβαση σε προγράμματα απεξάρτησης
- Ψυχιατρική παρακολούθηση και ψυχολογική υποστήριξη
- Διαβίωση σε ανθρώπινες συνθήκες
- Υποστήριξη και επισκέψεις από την οικογένεια
- Υποστήριξη από το προσωπικό της φυλακής
- Βοήθεια σε κατάσταση κρίσης από εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο προσωπικό
- Εύκολη πρόσβαση σε ειδικό της ψυχικής υγείας

7. Αυτοκτονία στα καταστήματα κράτησης: Παράγοντες Κινδύνου

Παράγοντες που αφορούν τους κρατούμενους

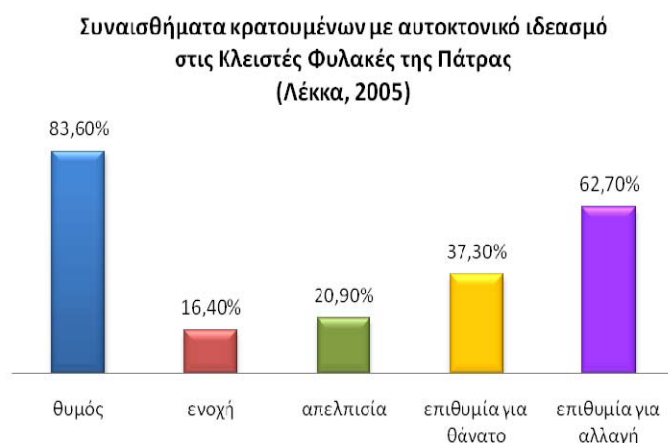
Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό ισχύουν και για τους κρατούμενους. Πολλοί κρατούμενοι είναι εκτεθειμένοι σε αρκετούς παράγοντες κινδύνου ήδη πριν τη φυλάκιση, όπως:

- Έχουν ψυχική διαταραχή ή κάνουν χρήση ουσιών
- Έχουν προσπαθήσει ν' αυτοκτονήσουν στο παρελθόν
- Κάποιο μέλος της οικογένειάς τους έχει αποπειραθεί ν' αυτοκτονήσει ή έχει αυτοκτονήσει
- Έχουν τραυματικά βιώματα (κακοποίηση/ παραμέληση, απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ανεργία κλπ)

Όλοι οι κρατούμενοι μπορούν να γίνουν αυτοκαταστροφικοί, ωστόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχουν εκείνοι που:

- Είναι αποκομμένοι από την οικογένεια και το φιλικό τους περιβάλλον, δεν έχουν επικοινωνία με τον έξω κόσμο
- Βρίσκονται σε κατάσταση μέθης ή τοξίκωσης από εξαρτησιογόνες ουσίες
- Εμφανίζουν ψυχωτικά συμπτώματα (λόγω χρήσης ουσιών ή ψυχικής διαταραχής)
- Αυτοτραυματίζονται ή αυτοακρωτηριάζονται
- Δεν μπορούν να προσαρμοστούν στο περιβάλλον της φυλακής και δυσκολεύονται να τα βγάλουν πέρα
- Έχουν φυλακιστεί για βίαιο έγκλημα
- Φοβούνται για τη σωματική τους ακεραιότητα, είναι θύματα εκφοβισμού ή βίας από τους συγκρατούμενους ή το προσωπικό
- Έχουν «άσχημα νέα» από το σπίτι (θάνατος οικείου προσώπου, προβλήματα στη σχέση με το σύντροφο κλπ)
- Δεν έχουν ελπίδες για το μέλλον, νιώθουν ότι δεν έχουν κάτι να περιμένουν στη ζωή
- Αισθάνονται απελπισία, αναξιότητα, αβοηθητικότητα
- Αισθάνονται έντονο θυμό ή ενοχή
- Σχεδιάζουν να αυτοκτονήσουν με τη μέθοδο του απαγχονισμού

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Κλειστές Φυλακές της Πάτρας, 67 κρατούμενοι (το 50% των συμμετεχόντων) είχαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Στην προσπάθεια διερεύνησης των συναισθημάτων που τους οδηγούσαν στη σκέψη της αυτοκτονίας, το 83,6% ανέφερε θυμό, το 16,4% ενοχή, το 20,9% απελπισία, το 37,3% επιθυμία για θάνατο και το 62,7% επιθυμία για αλλαγή.



Τα άτομα με αυτοκτονικό ιδεασμό είχαν αυξημένη πιθανότητα να έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο, να έχουν αυτοτραυματιστεί ή να έχουν κάνει απόπειρα στο παρελθόν, ή να έχουν κάποιο συγγενή που έχει αυτοκτονήσει ή έχει αποπειραθεί να αυτοκτονήσει.

Κλειστές Φυλακές Πάτρας (Λέκκα, 2005)		
	Κρατούμενοι με αυτοκτονικό ιδεασμό (67 άτομα)	Κρατούμενοι χωρίς αυτοκτονικό ιδεασμό (67 άτομα)
Ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας	68,7%	32,8%
Ιστορικό αυτοτραυματισμού	59,7%	28,4%
Ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας	55,2%	19,4%
Ιστορικό αυτοκτονικής συμπεριφοράς στην οικογένεια	16,4%	3%
Αγχολυτικά φάρμακα	79,1%	38,8%
Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	32,8%	10,4%
Αντιψυχωσικά Φάρμακα	28,3%	7,5%

Παράγοντες που αφορούν το κατάστημα κράτησης

Το ίδιο το γεγονός της φυλάκισης αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας, επιβαρύνοντας τον ήδη ευάλωτο ψυχισμό των κρατουμένων. Η αποστέρηση της ελευθερίας έχει υποστηριχθεί ότι είναι μια πρώτη εξήγηση για τις αυτοκαταστροφικές και βίαιες συμπεριφορές σε φυλακές και άλλα ιδρύματα. Η έλλειψη ελέγχου πάνω στο περιβάλλον, η έλλειψη αυτονομίας και προβλεψιμότητας αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Παράγοντες που σχετίζονται με το κατάστημα κράτησης κι αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι:

- **Η απομόνωση**

Σε πολλά καταστήματα κράτησης οι κρατούμενοι που αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν ή αυτοτραυματίζονται οδηγούνται στην απομόνωση. Αυτή η τακτική αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Στη Φινλανδία, το διάστημα 1969-1992, το 1/3 των αυτοκτονιών διαπράχθηκε σε χώρους απομόνωσης. Η απομόνωση «βυθίζει» τους αυτοκαταστροφικούς κρατούμενους σε αισθήματα απελπισίας κι αβοηθητότητας, χωρίς να αποσπώνται από άλλα ερεθίσματα και χωρίς να έχουν καμία δυνατότητα να μιλήσουν γι' αυτά που νιώθουν.

Κάποιες έρευνες έχουν αναφέρει μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας στις φυλακές υψίστης ασφαλείας, κάτι που ενδεχομένως έχει σχέση με τον αυστηρό έλεγχο που υφίστανται οι κρατούμενοι και την αποκοπή τους από την οικογένεια και τους οικείους τους. Μπορεί επίσης να παίζει ρόλο η δυσκολία του προσωπικού να τους επιβλέψει, δεδομένου ότι ζουν απομονωμένοι σε ατομικά κελιά.

Μια άλλη όψη της απομόνωσης είναι η έκταση στην οποία η φυλακή παρέχει στους κρατούμενους τη δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα σωφρονισμού και επανένταξης, σε εκπαιδευτικά προγράμματα, σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης κλπ. Η αυτοκτονία είναι συχνότερη σε φυλακές που δεν παρέχουν τέτοια προγράμματα, όπου οι κρατούμενοι χάνουν το αίσθημα της ελπίδας και καλλιεργείται μια ατμόσφαιρα μοιρολατρίας και αδιαφορίας.

Αυτή η ατμόσφαιρα έχει αντίκτυπο και στο προσωπικό, που γίνεται πιο τιμωρητικό, λιγότερο «ευαίσθητο» για την ανίχνευση πιθανής αλλαγής στη συμπεριφορά του κρατούμενου η οποία μπορεί να αντιμετωπιστεί ως απειθαρχία, προσπάθεια «χειρισμού» κλπ. Μια τέτοια συμπεριφορά απειθαρχίας συχνά επιφέρει ως τιμωρία τον εγκλεισμό σε ένα κελί απομόνωσης, που αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

- **Ο συνωστισμός**

Σε πολλές φυλακές ο αριθμός των κρατουμένων ξεπερνά κατά πολύ τη δυναμικότητα των φυλακών, με αποτέλεσμα να στοιβάζονται στα κελιά. Ο αρνητικός αντίκτυπος στην ψυχική τους υγεία είναι πολύ σημαντικός. Έρευνες αναφέρουν ότι ο συνωστισμός και η επακόλουθη έλλειψη χώρου, ελευθερίας κινήσεων, αυτονομίας κλπ δυσκολεύει την προσαρμογή και αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Παράλληλα μειώνει την δυνατότητα συμμετοχής σε προγράμματα επανένταξης. Η αδράνεια και η απραξία δρουν επιβαρυντικά.

Στα καταστήματα που υπάρχει υπερπληθυσμός η επίβλεψη των αυτοκαταστροφικών κρατουμένων είναι δύσκολη. Ωστόσο, σε περίπτωση που ένας κρατούμενος εμφανίζει αυτοκαταστροφική συμπεριφορά η επίβλεψη πρέπει να είναι συνεχής. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότερες αυτοκτονίες στα καταστήματα κράτησης πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της νύχτας (11 το βράδυ με 7 το πρωί) όταν ο αριθμός του προσωπικού είναι μειωμένος.

- **Το είδος της κράτησης**

Οι κρατούμενοι που έχουν προφυλακιστεί εν αναμονή της δίκης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο, καθώς και οι κρατούμενοι που εκτίουν μακρόχρονες ποινές (πάνω από δέκα έτη). Ειδικά για τους προφυλακισμένους κρατούμενους ο κίνδυνος αυξάνει αμέσως μετά τη δίκη, σε περίπτωση που τους επιβληθεί ποινή φυλάκισης. Σε αυτή την περίπτωση η απόπειρα προκύπτει σαν «απάντηση» στην παράταση της φυλάκισης.

- **Το στάδιο της κράτησης**

Η αρχική φάση της φυλάκισης είναι περίοδος υψηλού κινδύνου για εμφάνιση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Το πρώτο εικοσιτετράωρο είναι κρίσιμο, ενώ ο κίνδυνος παραμένει αυξημένος για το πρώτο δίμηνο της κράτησης. Πολλές απόπειρες και αυτοκτονίες συμβαίνουν σε αυτό το διάστημα, ειδικά από νέους, παρορμητικούς κρατούμενους που μπορεί να κινητοποιηθούν από συναισθήματα απελπισίας και ενοχής. Επιπλέον, κρίσιμο είναι το διάστημα αμέσως μετά την αποφυλάκιση.

8. Οι κύριες Ψυχικές Διαταραχές των κρατουμένων

Περίπου εννιά εκατομμύρια άνθρωποι κρατούνται σε όλο τον κόσμο. Τουλάχιστον οι μισοί από αυτούς εμφανίζουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας, ενώ περίπου ένα εκατομμύριο κρατούμενοι πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως ψυχώσεις και μείζων κατάθλιψη. Πολλές φορές το ίδιο άτομο εμφανίζει περισσότερες από μία διαταραχές. Η διπλή διάγνωση αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο αυτοκτονίας.

Παρακάτω αναφέρονται κάποιες πληροφορίες για τις κύριες ψυχικές διαταραχές των κρατουμένων, ούτως ώστε το προσωπικό των φυλακών να είναι σε θέση να αναγνωρίσει τους κρατούμενους που τις εμφανίζουν και να ζητήσει την παρέμβαση ψυχιάτρου και ψυχολόγου.

Διαταραχές του συναισθήματος

Όλες οι διαταραχές του συναισθήματος αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και κυρίως η μείζων κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή τύπου I κατά DSM-IV (γνωστή παλαιότερα ως μανιοκατάθλιψη). Η μείζων κατάθλιψη είναι η πιο συχνή διαταραχή μεταξύ των ανθρώπων που αυτοκτονούν. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς που έχουν κατάθλιψη με ψυχωικά στοιχεία και οι ασθενείς με διπολική διαταραχή που βρίσκονται στην καταθλιπτική φάση της νόσου τους. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν συνυπάρχει αλκοολισμός και χρήση ουσιών.

Μείζων κατάθλιψη

Η μείζων κατάθλιψη είναι μια συχνή διαταραχή: περίπου το 15% των ανδρών και το 25% των γυναικών θα την εμφανίσουν κάποια στιγμή της ζωής τους. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια. Τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου αναφέρονται παρακάτω. Ωστόσο, ακόμα κι αν δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, πολλοί κρατούμενοι εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και χρειάζονται υποστήριξη. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι ένα σημαντικό μέτρο πρόληψης της αυτοκτονίας.

Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω για 2 εβδομάδες τουλάχιστον:

- Καταθλιπτική διάθεση
- Έντονη ελάττωση ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης
- Απώλεια βάρους ή αύξηση του βάρους
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
- Κόπωση/απώλεια ενεργητικότητας
- Αναξιότητα/ενοχή
- Δυσκολία συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα
- Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός

Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτά τα συμπτώματα δεν είναι πάντα παρόντα. Σε πολλές περιπτώσεις, η κατάθλιψη είναι συγκαλυμμένη και οι ασθενείς εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα, όπως κόπωση, δυσκολία συγκέντρωσης, άγχος, ευερεθιστότητα, πόνους σε διάφορα μέρη του σώματος κλπ.

Διπολική Διαταραχή τύπου I

Η διπολική διαταραχή προσβάλλει περίπου το 1% του γενικού πληθυσμού. Η ηλικία έναρξης ποικίλλει: μπορεί να εμφανιστεί από την παιδική ηλικία έως και τα 50 έτη ζωής, ή και αργότερα σε σπάνιες περιπτώσεις, με μέση ηλικία έναρξης τα 30 έτη ζωής. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή εμφανίζουν επεισόδια μανίας και επεισόδια κατάθλιψης. Τα διαγνωστικά κριτήρια του μανιακού επεισοδίου αναφέρονται παρακάτω.

Κριτήρια Μανιακού Επεισοδίου
Μια διακριτή περίοδος επίμονα αυξημένης διάθεσης ή ευερεθιστότητας, τουλάχιστον μιας εβδομάδας. Τρία ή περισσότερα από τα εξής (ή 4 σε περίπτωση ευερεθιστότητας):
• Διογκωμένη αυτοεκτίμηση/αίσθημα μεγαλείου
• Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
• Μεγαλύτερη ομιλητικότητα από συνήθως
• Φυγή ιδεών, σκέψεις που καλπάζουν
• Εύκολη διάσπαση προσοχής
• Ψυχοκινητική διέγερση
• Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες αλλά δυνητικά επικίνδυνες δραστηριότητες

Εξάρτηση από το αλκοόλ

Εκτιμάται ότι περίπου το 15% των εξαρτημένων από το αλκοόλ αποπειρώνται ν' αυτοκτονήσουν. Σε μεγάλο ποσοστό είναι άντρες, μέσης ηλικίας που έχουν υποστεί μια σημαντική απώλεια. Η απώλεια μπορεί να αφορά κάποιο αγαπημένο πρόσωπο (π.χ. διαζύγιο, θάνατος κλπ). Σε γενικές γραμμές, όλα τα αντίξοα γεγονότα μπορούν πυροδοτήσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, η οποία είναι παρούσα σ' ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών την περίοδο πριν την απόπειρα. Ο κίνδυνος αυξάνει όταν συνυπάρχει αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, κακή σωματική υγεία και μακροχρόνια χρήση αλκοόλ.

Εξάρτηση από άλλες ουσίες

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος στους χρήστες ουσιών. Εκτιμάται ότι το ποσοστό αυτοκτονιών μεταξύ των ανθρώπων που είναι εξαρτημένοι από την ηρωίνη είναι 20 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει όταν υπάρχει:

- πρόσβαση σε θανατηφόρο δόση της ουσίας
- ενδοφλέβια χρήση
- αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχική νόσος που οδηγεί σε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και αναπηρία. Η έναρξη της νόσου γίνεται συνήθως σε ηλικία 15-25 ετών για τους άντρες και 25-35 ετών για τις γυναίκες. Προβάλλει περίπου 1-1,5% του πληθυσμού. Όπως φαίνεται και στον πίνακα, ο κίνδυνος να αρρωστήσει ένας άνθρωπος είναι μεγαλύτερος όταν έχει κάποιο συγγενή με τη νόσο. Όσο πιο στενός είναι ο συγγενής τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος.

Πληθυσμός	Επικράτηση %
Γενικός πληθυσμός	1
Αδερφός	8
Παιδί με ένα σχιζοφρενή γονέα	12
Διζυγωτικός δίδυμος αδερφός	12
Παιδί με δύο σχιζοφρενείς γονείς	40
Μονοζυγωτικός δίδυμος σχιζοφρενούς	47

Τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι:

- Οι ψευδαισθήσεις. Πρόκειται για διαταραγμένες αντιλήψεις της πραγματικότητας. Μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές κλπ. (π.χ. ο ασθενής ακούει φωνές ή βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν).
- Οι παραληρητικές ιδέες. Είναι επίμονες λανθασμένες πεποιθήσεις του ατόμου που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (π.χ. μπορεί να πιστεύει ότι τον κατασκοπεύουν, ότι προσπαθούν να τον δηλητηριάσουν, ότι μπορούν να διαβάσουν τη σκέψη του κλπ). Το άτομο είναι απόλυτα βέβαιο γι' αυτά που πιστεύει και δεν δέχεται να τα συζητήσει ή να αναθεωρήσει ακόμη κι όταν οι άλλοι προβάλλουν λογικά επιχειρήματα.
- Η αποδιοργάνωση της σκέψης. Η σχιζοφρένεια επηρεάζει την ικανότητα του ανθρώπου να σκέφτεται λογικά. Οι σκέψεις των σχιζοφρενών μπορεί να μην έχουν καμία λογική σειρά. Η διαταραχή της σκέψης αντανακλάται στην ομιλία του ασθενούς που γίνεται αποσπασματική και δυσνόητη.

Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη βούλησης και πρωτοβουλίας, η κοινωνική απόσυρση και η απομόνωση, η παραμέληση της προσωπικής υγιεινής, η απάθεια, η έκφραση απρόσφορων συναισθημάτων (π.χ. μπορεί να γελά λέγοντας κάτι υπερβολικά δυσάρεστο ή το αντίστροφο). Η αυτοκτονία είναι η κυριότερη αιτία πρόωρου θανάτου για τους σχιζοφρενείς. Σχεδόν το 10% των σχιζοφρενών πεθαίνουν αυτοκτονώντας.

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι οι σχιζοφρενείς είναι βίαιοι κι επιρρεπείς σε εγκληματικές πράξεις. Για τους περισσότερους σχιζοφρενείς αυτό δεν ισχύει. Σε λίγες μόνο περιπτώσεις μπορούν να γίνουν επιθετικοί, όπως όταν δεν παίρνουν τα φάρμακά τους κι όταν κάνουν χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών.

Διαταραχές προσωπικότητας

Σε πολλές περιπτώσεις, πίσω από την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά κρύβεται κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Έχει αναφερθεί ότι πάνω από 30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Το ποσοστό είναι περίπου 40% για τα άτομα που κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας. Οι διαταραχές που σχετίζονται συχνότερα με την αυτοκτονία είναι η οριακή και η αντικοινωνική. Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως η παρορμητικότητα και η επιθετικότητα, αυξάνουν τον κίνδυνο.

Ίσως η συχνότερη διαταραχή προσωπικότητας στα καταστήματα κράτησης είναι η αντικοινωνική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή εκφράζει την αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί στα κοινωνικά πρότυπα και να υπακούσει σε νόμους και κανόνες. Αφορά περίπου το 3% των ανδρών και το 1% των γυναικών. Η έναρξη τοποθετείται πριν τα 15 έτη ζωής, ωστόσο για να μπει η διάγνωση, πρέπει να έχει συμπληρωθεί το 18^ο έτος ζωής. Σήμερα κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος η άποψη ότι τα άτομα με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας πάσχουν από μία ψυχική διαταραχή που επηρεάζει την κρίση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά τους μέσω δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Υπό αυτό το πρίσμα δεν είναι υπαίτιοι για τις πράξεις τους και πρέπει να αντιμετωπίζονται μάλλον σαν ασθενείς παρά σαν εγκληματίες.

Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας

Αδιαφορία ή παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων, από την ηλικία των 15 ετών, που εμφανίζεται με τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Αποτυχία συμμόρφωσης με τα κοινωνικά πρότυπα, παραβάσεις του νόμου
- Εξαπάτηση και χρησιμοποίηση των άλλων για προσωπικό όφελος
- Παρορμητικότητα και αποτυχία μακροπρόθεσμου προγραμματισμού ή πρόβλεψης συνεπειών των πράξεων
- Ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, συχνή εμπλοκή σε καυγάδες
- Απερισκεψία και αδιαφορία για τη δική του ασφάλεια ή την ασφάλεια των άλλων
- Ανευθυνότητα που υποδεικνύεται από επανειλημμένη αποτυχία να διατηρήσει μια σταθερή εργασία ή να εκπληρώσει οικονομικές υποχρεώσεις
- Έλλειψη μεταμέλειας, που εκδηλώνεται μέσω αδιαφορίας ή εκλογίκευσης των συνεπειών που οι πράξεις του μπορεί να έχουν στους άλλους

Το άτομο είναι τουλάχιστον 18 ετών

Υπάρχει ένδειξη διαταραχής της διαγωγής με έναρξη πριν τα 15 έτη

Δεν υπάρχει μανία ή σχιζοφρένεια

Οριακή Διαταραχή προσωπικότητας

Διάχυτο πρότυπο αστάθειας στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εικόνα του εαυτού, στα συναισθήματα και έκδηλη παρορμητικότητα που αρχίζει στην πρώιμη ενήλικη ζωή και εκδηλώνεται σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται σε 5 ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Απεγνωσμένες προσπάθειες αποφυγής πραγματικής ή φαντασιωσικής εγκατάλειψης
- Ένα πρότυπο ασταθών κι έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγή ανάμεσα σε ακραία εξιδανίκευση κι ακραία υποτίμηση
- Διαταραχή της ταυτότητας: καταφανώς και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού
- Παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο περιοχές, η οποία είναι δυνητικά αυτοβλαπτική (π.χ. έξοδα, σεξ, κατάχρηση ουσιών, επικίνδυνη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας)
- Υποτροπιάζουσα αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά
- Συναισθηματική αστάθεια που οφείλεται σε έκδηλη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονα επεισόδια δυσφορίας, ευερεθιστότητας ή άγχους που διαρκούν λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες μέρες)
- Χρόνια αισθήματα κενού
- Απρόσφορος, έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνές εκδηλώσεις οργής, συνεχής θυμός, επανειλημμένοι διαπληκτισμοί)
- Παροδικός, συνδεδεμένος με stress παρανοειδής ιδεασμός ή βαριά διχαστικά συμπτώματα

Αγχώδεις διαταραχές

Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ασθενείς με διαταραχή πανικού. Η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται με επανειλημμένες κρίσεις πανικού, δηλαδή απρόσμενες και απροσδόκητες περιόδους έντονου φόβου, που μπορεί να εμφανίζονται πολύ συχνά (αρκετές φορές την ημέρα) ή και αρκετά σπάνια (κάποιες φορές το χρόνο). Παρακάτω αναγράφονται τα συμπτώματα της κρίσης πανικού.

9. Ειδικές Ομάδες Κρατουμένων

⇒ Ανήλικοι

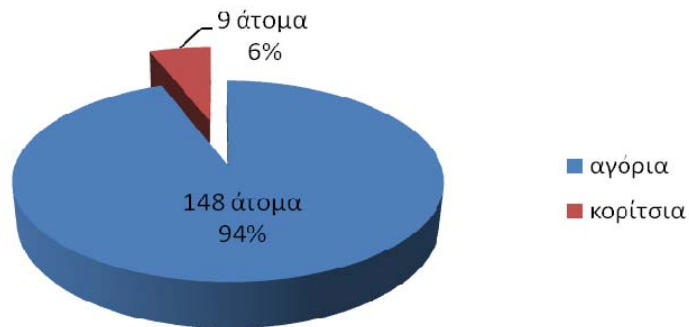
Σύμφωνα με το Υπουργείο Δικαιοσύνης, στην Ελλάδα λειτουργούν τρία καταστήματα κράτησης ανηλίκων, συνολικής δυναμικότητας 623 ατόμων:

- Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα, δυναμικότητας 308 ατόμων
- Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Βόλου, δυναμικότητας 65 ατόμων
- ΑΣΚΑ Κασαβετείας, δυναμικότητας 250 ατόμων

www.ministryofjustice.gr, στοιχεία για το 2002

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, κατά τη διάρκεια του 2006 κρατούνταν 157 έφηβοι ηλικίας 14-18 ετών, εκ των οποίων οι 99 ήταν κατάδικοι. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, η συντριπτική πλειοψηφία ήταν αγόρια.

Κρατούμενοι ηλικίας 14-18 ετών
(Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, 2006)



Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι κρατούμενοι νεαρής ηλικίας διατρέχουν 18 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν είναι φυλακισμένοι. Το μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ανήλικοι κρατούμενοι που κρατούνται σε καταστήματα ενηλίκων.

Οι νεαροί κρατούμενοι αντιμετωπίζουν ακόμα περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας από τους ενηλίκους: το 95% έχει τουλάχιστον μία ψυχική διαταραχή, ενώ το 80% έχει περισσότερες από μία. Ίσως η συχνότερη ψυχική διαταραχή στους ανήλικους κρατούμενους είναι η διαταραχή διαγωγής.

Η διαταραχή διαγωγής είναι συχνότερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Τα συμπτώματα εμφανίζονται στην παιδική ηλικία και αυξάνουν προοδευτι-

με την πάροδο του χρόνου. Η μέση ηλικία έναρξης είναι μικρότερη για τα αγόρια απ' ό τι για τα κορίτσια. Συνήθως τα αγόρια εμφανίζουν τα συμπτώματα που απαιτούνται για να μπει η διάγνωση σε ηλικία 10-12 χρόνων, ενώ τα κορίτσια σε ηλικία 14-16 ετών.

Τα παιδιά με διαταραχή διαγωγής συμμορφώνονται δύσκολα με τους κανόνες που ισχύουν για τα παιδιά της ηλικίας τους. Κάνουν σκασιαρχεία από το σχολείο και φεύγουν από το σπίτι τους τη νύχτα παρά τις απαγορεύσεις των γονιών τους. Οι συμπεριφορές αυτές εμφανίζονται πριν την ηλικία των 13 ετών. Μπορεί να είναι επιθετικά προς τους γονείς, τα αδέρφια τους ή τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους ή να κακομεταχειρίζονται τα ζώα.

Εκφοβίζουν ή απειλούν τους συνομηλίκους τους, εμπλέκονται εύκολα σε καυγάδες και χρησιμοποιούν σωματική βία. Μεγαλώνοντας εμφανίζουν όλο και περισσότερες επιθετικές και βίαιες συμπεριφορές (κλοπές, καταστροφές ξένης ιδιοκτησίας, βιαιοπραγίες, χρήση όπλων κλπ) για τις οποίες έχουν προβλήματα με το νόμο. Πολλά από αυτά τα παιδιά εγκαταλείπουν το σχολείο πρόωρα με αποτέλεσμα μεγαλώνοντας να μην έχουν τα εφόδια για να διεκδικήσουν θέσεις στην αγορά εργασίας.

Η κακή συμπεριφορά αυτών των παιδιών μπορεί να υποκρύπτει άλλα προβλήματα, όπως κακοποίηση

ή παραμέληση από τους γονείς ή τους κηδεμόνες, πολύ αυστηρή ή τιμωρητική συμπεριφορά των γονέων, οικογενειακά προβλήματα (ανεργία, χρήση ουσιών, ψυχιατρικά προβλήματα των γονέων κλπ) κα. Συχνά συνυπάρχουν μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/ υπερκινητικότητας, συναισθηματικές διαταραχές και χρήση ουσιών. Σε πολλές περιπτώσεις εμφανίζουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας μεγαλώνοντας.

Όπως ήδη αναφέρθηκε οι περισσότεροι ανήλικοι κρατούμενοι εμφανίζουν διαταραχή διαγωγής. Ο στιγματισμός που συνεπάγεται η φυλάκιση σε συνδυασμό με την ψυχοπαθολογία που υπάρχει, εγκλωβίζει αυτούς τους εφήβους σε ένα φαύλο κύκλο περιθωριοποίησης, παραβατικότητας και φυλάκισης. Για να ανακοπεί η πορεία τους προς την παραβατικότητα, πρέπει να αξιοποιηθεί το διάστημα της κράτησής τους αφενός για να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν, αφετέρου για να υλοποιηθούν δράσεις που θα προωθήσουν την ένταξη στο κοινωνικό σύνολο (π.χ. εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση).

⇒ **Γυναίκες**

Οι γυναίκες αποτελούν τη μειοψηφία του πληθυσμού των φυλακών. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., μόνο το 4-5% του συνόλου των κρατουμένων στην Ευρώπη είναι γυναίκες. Στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια του 2006 κρατούνταν 1317 γυναίκες (περίπου το 7% του συνόλου των κρατουμένων).

Κρατούμενοι στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του 2006- Κατανομή κατά φύλο		
<i>Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία</i>		
	Κατάδικοι & Υπόδικοι	Κατάδικοι
Σύνολο	18070	13170
Άντρες	16753	12302
Γυναίκες	1317	868

Το τυπικό προφίλ της φυλακισμένης γυναίκας είναι:

- Νέα
- Μητέρα
- Με φτωχή μόρφωση
- Υποαπασχολούμενη ή χωρίς απασχόληση
- Μόνη ή σε ασταθή σχέση
- Θύμα βίας στην παιδική ηλικία ή την ενήλικη ζωή

Πολλές από τις γυναίκες κρατούμενες είναι μητέρες. Η φυλάκιση της μητέρας έχει τεράστιο αντίκτυπο στα παιδιά, ειδικά σε περίπτωση που είναι η μόνη που μπορεί να τα φροντίσει, οπότε αναγκάζονται να την ακολουθήσουν στη φυλακή. Εκτιμάται ότι περίπου 10.000 παιδιά στην Ευρώπη υφίστανται τις συνέπειες της φυλάκισης των μητέρων τους. Στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες το ανώτατο όριο παραμονής των παιδιών στη φυλακή είναι τρία χρόνια. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι γυναίκες κρατούμενες αντιμετωπίζουν μια πληθώρα προβλημάτων:

- Οι οχτώ στις δέκα έχουν προβλήματα ψυχικής υγείας
- Τα 2/3 είναι εξαρτημένες από αλκοόλ ή ναρκωτικά
- Οι μισές έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία
- Το 1/3 έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Εκτιμάται ότι έχουν 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες από τους άντρες να έχουν πέσει θύμα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης πριν τη φυλάκιση
- Μία στις δέκα έχει επιχειρήσει να αυτοκτονήσει πριν τη φυλάκιση

Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών κρατουμένων αυτοτραυματίζονται, όπως αναφέρεται εκτενέστερα στην επόμενη ενότητα.

10. Αυτοτραυματισμός των κρατουμένων

Ο αυτοτραυματισμός των κρατουμένων είναι ένα πρόβλημα μείζονος σημασίας που αφενός διαταράσσει την ομαλή λειτουργία του καταστήματος κράτησης, αφετέρου απαιτεί συνεχή επίβλεψη και ιατρική φροντίδα για να αντιμετωπιστεί. Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είναι συχνές στα καταστήματα κράτησης και ειδικά στα καταστήματα με αυξημένα μέτρα ασφαλείας, όπου οι κρατούμενοι υφίστανται έντονο περιορισμό. Ένα επεισόδιο αυτοτραυματισμού μπορεί να πυροδοτήσει αλυσίδα αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών στο κατάστημα κράτησης («μεταδοτική» συμπεριφορά).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η φυλάκιση μπορεί να υποκινήσει αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, επιδρώντας σαν στρεσογόνος παράγοντας σε ευάλωτα άτομα. Ο περιορισμός αποκόβει το άτομο από το υποστηρικτικό του σύστημα και καλλιεργεί την ενοχή, την ντροπή και το φόβο. Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να δίνει στο άτομο ένα αίσθημα επανάκτησης του ελέγχου πάνω στον εαυτό του και στη ζωή του ή να είναι ένας τρόπος αυτοτιμωρίας, ως απάντηση στην ντροπή και την απελπισία που νιώθει. Οι κρατούμενοι που αυτοτραυματίζονται στις περισσότερες περιπτώσεις χαράσσουν το σώμα τους με αιχμηρά αντικείμενα.

Οι συμπεριφορές αυτοτραυματισμού είναι επίμονες και είναι δύσκολο να αλλάξουν. Συνήθως εμφανίζονται σε έδαφος κατάθλιψης, ψυχωτικής συνδρομής, χρήσης ουσιών ή διαταραχής προσωπικότητας (συνήθως οριακής). Αυτοί οι κρατούμενοι συνήθως έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα, όπως δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, χρήση ουσιών/αλκοολισμό μέσα στην οικογένεια, θάνατο γονέα, οικονομική αστάθεια, συντροφική βία. Ο αυτοτραυματισμός συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία και συχνά συνδέεται με βία και κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία.

Οι κρατούμενοι που αυτοτραυματίζονται είναι επιρρεπείς σε παρορμητικά ξεσπάσματα κι επιθετικότητα. Βιώνουν έντονο άγχος και καταθλιπτική διάθεση κι αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν και ν' αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Σε πολλές περιπτώσεις είναι αποσυρμένοι και δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους εαυτούς τους και τους άλλους. Υπό συνθήκες πίεσης αντιδρούν με ενοχή και μελαγχολία, καθώς και επιθετικότητα και εξέγερση προς τα πρόσωπα εξουσίας. Η τάση τους να έχουν επιθετικά ξεσπάσματα έχει σχέση με το ευμετάβλητο συναίσθημά τους, τη φτωχή κρίση τους και τη γενικότερη ιδιοσυγκρασία τους.

Ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι μια προσπάθεια να κερδίσουν κάποιο δευτερογενές όφελος ή να πετύχουν μια κατάσταση συναισθηματικής ισορροπίας. Μπορεί να είναι ένας τρόπος να μειώσουν τη δυσφορία που νιώθουν (να εκτονώσουν την ένταση και το θυμό τους, να σταματήσουν να κάνουν δυσάρεστες ή περίεργες σκέψεις, π.χ. σκέψεις θανάτου κι αυτοκτονίας κλπ) ή μια προσπάθεια για φυγή. Μπορεί να δίνει μια αίσθηση κάθαρσης ή εκτόνωσης ή να είναι ένας τρόπος να αισθανθούν και να εξωτερικεύσουν εσωτερικό πόνο. Αμέσως μετά τον αυτοτραυματισμό το άτομο συχνά νιώθει ότι η ένταση έχει εκτονωθεί, ακόμη και ευφορία. Με αυτό τον τρόπο η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ενισχύεται. Στην περίπτωση ψυχωτικών ασθενών, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να είναι το αποτέλεσμα ψευδαισθήσεων (π.χ. φωνών που του λένε να σκοτώσει τον εαυτό του).

Οι εργαζόμενοι στις φυλακές συχνά συμπεριφέρονται αρνητικά προς τους κρατούμενους που αυτοτραυματίζονται. Αγνοούν τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, τις θεωρούν προσπάθειες των κρατουμένων να τραβήξουν την προσοχή ή να αποκομίσουν δευτερογενή οφέλη, ή προϊόν της διαταραγμένης προσωπικότητάς τους. Ακόμα κι αν αναγνωρίζουν την κακή ψυχολογική κατάσταση των κρατούμενων, τους αντιμετωπίζουν ως «εμπόδιο» στην ομαλή λειτουργία της φυλακής, θεωρώντας ότι διαταράσσουν την τάξη.

Ο περιορισμός και η τιμωρητική συμπεριφορά είναι συχνά η «απάντηση» των σωφρονιστικών υπαλλήλων στους αυτοκαταστροφικούς κρατούμενους.

Ωστόσο, ακόμα κι αν οι κρατούμενοι αυτοτραυματίζονται για να τραβήξουν την προσοχή αυτό δεν αποκλείει το ενδεχόμενο να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας, ακόμα και να πεθάνουν. Κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι ενδεικτική της αδυναμίας του ανθρώπου να τα βγάλει πέρα, ενώ ακόμα και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές με μικρό κίνδυνο για τη ζωή μπορούν να κρύβουν υψηλή αυτοκτονική πρόθεση. Πολλοί άνθρωποι που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας ή που αυτοκτονούν έχουν ιστορικό αυτοτραυματισμού.

Ακόμα κι αν δεν υπάρχει πρόθεση θανάτου, ο αυτοτραυματισμός μπορεί να έχει πολύ άσχημες συνέπειες για την υγεία του ατόμου και να οδηγήσει στο θάνατο ή σε μόνιμη βλάβη. Οι κρατούμενοι που αυτοτραυματίζονται χρειάζονται ψυχολογική στήριξη και ψυχιατρική φροντίδα.

11. Η αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού κρατούμενου

Παρά τα υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών στις φυλακές, οι κρατούμενοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας πολύ δύσκολα ζητούν βοήθεια. Παράλληλα, το προσωπικό δεν αντιλαμβάνεται πάντα τις ανάγκες των κρατούμενων που χρειάζονται ψυχιατρική φροντίδα (π.χ. δεν γίνονται αντιληπτές οι υποτροπές των ψυχωτικών ασθενών ή υποτιμάται η ανάγκη για νοσηλεία των κρατούμενων που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές), με αποτέλεσμα να μην γίνεται αντιληπτός ο κίνδυνος αυτοκτονίας. Η απροθυμία των κρατουμένων να ζητήσουν βοήθεια σε συνδυασμό με τη δυσκολία του προσωπικού να αναγνωρίσει τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών στα καταστήματα κράτησης.

Ο ακρογωνιαίος λίθος της αντιμετώπισης της αυτοκτονίας στις φυλακές είναι η εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να είναι σε θέση να εντοπίσει τους κρατούμενους που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και να ζητήσει άμεσα την παρέμβαση ειδικού. Ακόμα κι αν δεν υπάρχει κίνδυνος αυτοκαταστροφής, η αναγνώριση της ψυχικής νόσου στο κατάστημα κράτησης μπορεί να είναι μια ευκαιρία για παρακολούθηση από ειδικό και θεραπευτική παρέμβαση.

Όλοι οι κρατούμενοι μπορούν να γίνουν αυτοκαταστροφικοί ωστόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν αυτοί που είναι εκτεθειμένοι στους παράγοντες κινδύνου που προαναφέρθηκαν. Επίσης αυτοί που εκδηλώνουν στη συμπεριφορά τους τα προειδοποιητικά σημάδια που αναφέρονται παρακάτω. Σε περίπτωση που κάποιος κρατούμενος εμφανίζει ένα ή περισσότερα από αυτά τα σημάδια πρέπει να ζητηθεί εκτίμηση από ειδικό της ψυχικής υγείας (ψυχίατρο ή ψυχολόγο).

Προειδοποιητικά σημάδια

- Έντονη θλίψη, ανησυχία ή πανικός
- Άγχος, νευρικότητα
- Έντονες μεταβολές στη διάθεση
- Απόσυρση από τις συνηθισμένες δραστηριότητες
- Δυσκολία στον ύπνο, ή υπνηλία
- Αύξηση της όρεξης ή αντίθετα ανορεξία
- Θυμός, έντονη τάση για εκδίκηση
- Έντονη ενοχή
- Παρορμητικότητα, εμπλοκή σε ριψοκίνδυνες δραστηριότητες

- Η αίσθηση ότι είναι ανάξιος
- Η αίσθηση ότι βρίσκεται σε αδιέξοδο
- Η αίσθηση ότι είναι αβοήθητος κι απελπισμένος
- Η αίσθηση ότι δεν υπάρχει λόγος για να ζει, ότι η ζωή δεν έχει νόημα
- Η αυξημένη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών
- Ο αυτοτραυματισμός
- Η απομάκρυνση από την οικογένεια, η άρνηση να δει τους δικούς του στο επισκεπτήριο
- Η άρνηση να πάρει τα φάρμακά του ή αντίθετα η επιθυμία να πάρει μεγαλύτερη δόση
- Η επιθυμία να χαρίσει προσωπικά του αντικείμενα

Ζητήστε **αμέσως** βοήθεια αν:

- Κάποιος απειλεί ότι θα τραυματιστεί ή θα αυτοκτονήσει
- Κάποιος ψάχνει τρόπο για να κάνει κακό στον εαυτό του (π.χ. ζητά χάπια ή άλλα μέσα)

- Κάποιος γράφει ή μιλά για το θάνατο ή την αυτοκτονία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συστήνει να γίνεται ψυχιατρική εκτίμηση κάθε κρατούμενου αμέσως μετά τη μετάβασή του στη φυλακή ώστε να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα πιθανή ψυχική διαταραχή. Η πρώτη επαφή με τον ειδικό της ψυχικής υγείας μπορεί να διευκολύνει την προσαρμογή του κρατούμενου, δεδομένου ότι η μετάβαση στις φυλακές μπορεί να είναι μια τρομακτική και τραυματική εμπειρία, ακόμα κι αν ο κρατούμενος μεταφέρεται εκεί από άλλο σωφρονιστικό κατάστημα. Η επαφή με τον ειδικό πρέπει να γίνει αμέσως μετά τη μετάβαση στο σωφρονιστικό κατάστημα, καθώς το πρώτο εικοσιτετράωρο ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος.

Σε περίπτωση που δεν είναι εφικτή η άμεση εξέταση από ψυχίατρο ή ψυχολόγο, θα γίνει μια αρχική συζήτηση του κρατούμενου με κάποιο άλλο μέλος του προσωπικού (νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό ή οποιονδήποτε σωφρονιστικό υπάλληλο εκπαιδευμένο στην αναγνώριση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς), η οποία ωστόσο δεν μπορεί να υποκαταστήσει την εκτίμηση του ειδικού. Η εξέταση από ψυχολόγο ή ψυχίατρο πρέπει να πραγματοποιηθεί το συντομότερο δυνατό.

Ιδανικά, όλοι οι σωφρονιστικοί υπάλληλοι πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τον κρατούμενο που διατρέχει κίνδυνο. Οι πληροφορίες που πρέπει να πάρουν στην αρχική συζήτηση είναι:

- Αν κάνει χρήση αλκοόλ ή ουσιών (ειδικά αν είναι από την επήρεια τη στιγμή της φυλάκισης, οπότε ο κίνδυνος αυξάνει)
- Αν πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή
- Αν έχει νοσηλευτεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο στο παρελθόν
- Αν παίρνει ψυχιατρικά φάρμακα
- Αν έχει αποπειραθεί ν' αυτοκτονήσει στο παρελθόν
- Αν εκφράζει συναισθήματα απελπισίας, απόγνωσης, έντονου θυμού ή ενοχής
- Αν έχει υποστηρικτικό περιβάλλον
- Αν εκφράζει την επιθυμία ν' αυτοκτονήσει

Ο κρατούμενος πρέπει να ερωτηθεί ξεκάθαρα εάν σκέφτεται ν' αυτοκτονήσει και αν έχει συγκεκριμένο σχέδιο για να το πραγματοποιήσει. Μια αρνητική απάντηση δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο κρατούμενος δεν κάνει σκέψεις αυτοκαταστροφής. Πολλές φορές οι άνθρωποι με αυτοκτονικό ιδεασμό αρνούνται να αποκαλύψουν τις σκέψεις τους.

Την πρώτη περίοδο μετά τη φυλάκιση ο κίνδυνος είναι αυξημένος για όλους τους κρατούμενους. Το προσωπικό θα πρέπει να επαγρυπνεί για να εντοπίσει τυχόν προειδοποιητικά σημάδια, ειδικά στους κρατούμενους που είναι εκτεθειμένοι σε παράγοντες κινδύνου. Αν διαπιστωθεί ότι κάποιος κρατούμενος διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας, θα χρειαστεί παρακολούθηση και θεραπεία από τον ψυχίατρο του σωφρονιστικού καταστήματος και υποστήριξη από το προσωπικό.

Μετά το πέρας της αρχικής περιόδου (πρώτο δίμηνο), οι κρατούμενοι θα χρειαστούν εξέταση από ψυχίατρο ανά τακτά διαστήματα, ώστε να αποκλειστεί η εμφάνιση ψυχικής πάθησης που σχετίζεται π.χ. με τη φυλάκιση. Παράλληλα, το προσωπικό θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση ώστε να επισημάνει τυχόν προειδοποιητικά σημάδια, ιδίως σε κρίσιμες περιόδους για τους κρατούμενους, π.χ. μετά από μια καταδικαστική απόφαση ή μετά το θάνατο αγαπημένου προσώπου.

Συζητήσεις πρέπει να γίνονται περιοδικά με όλους τους κρατούμενους ώστε να εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης με το προσωπικό που θα διευκολύνει την επικοινωνία. Οι οικογένειες των κρατουμένων και οι συγκρατούμενοι πρέπει να ενθαρρύνονται να αναφέρουν οτιδήποτε ανησυχητικό παρατήρησαν στο προσωπικό των φυλακών.

Σε περίπτωση που χρειαστεί να οδηγηθεί κάποιος κρατούμενος στην απομόνωση, πρέπει να προηγηθεί εξέταση από ψυχίατρο, για να διαπιστωθεί αν διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας. Θα χρειαστεί επίσης ψυχιατρική παρακολούθηση για το διάστημα που βρίσκεται στην απομόνωση και στενή παρακολούθηση από το προσωπικό.

Μια τελευταία ψυχιατρική εξέταση πρέπει να γίνει πριν την αποφυλάκιση. Την περίοδο μετά την αποφυλάκιση ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος, ειδικά για τους κρατούμενους που δεν έχουν υποστήριξη από το περιβάλλον τους, κατάλυμα και απασχόληση. Ίδανικά, ο αποφυλακισμένος πρέπει να παραπεμφθεί σε κάποια υπηρεσία ψυχικής υγείας, ώστε να υποστηριχθεί και να βοηθηθεί η επάνοδός του στην κοινωνία. Όταν είναι εφικτή, η διατήρηση της επικοινωνίας και η παρακολούθηση από τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο του καταστήματος κράτησης μπορεί να είναι βοηθητική.

12. Μετά την αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού κρατούμενου

Εφόσον γίνει αντιληπτό ότι ένας κρατούμενος διατρέχει κίνδυνο αυτοκτονίας, η παρέμβαση πρέπει να είναι άμεση. Μια αποτελεσματική παρέμβαση προϋποθέτει κάθε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά να αντιμετωπίζεται με σοβαρότητα, και όχι σαν να είναι μια «χειριστική» συμπεριφορά.

Το πρώτο που πρέπει να γίνει είναι να εξεταστεί ο κρατούμενος από ψυχίατρο για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος που διατρέχει. Ενδεχομένως θα χρειαστεί νοσηλεία στο ψυχιατρικό νοσοκομείο του καταστήματος κράτησης, σε ψυχιατρικό νοσοκομείο άλλου καταστήματος ή σε νοσοκομείο της κοινότητας. Ο Π.Ο.Υ. ενθαρρύνει τη νοσηλεία σε νοσοκομεία της κοινότητας, προκειμένου να αποδυναμωθεί το αίσθημα «αποκλεισμού» των κρατουμένων και να ενισχυθούν οι δεσμοί με την κοινωνία.

Ωστόσο, η νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο δεν είναι πάντα εφικτή. Σε πολλές περιπτώσεις ο κρατούμενος παραμένει και αντιμετωπίζεται στο κατάστημα κράτησης. Σε αυτή την περίπτωση θα χρειαστεί 24ωρη επίβλεψη από το προσωπικό. Η συχνότητα των ελέγχων του προσωπικού πρέπει να είναι ανάλογη του κινδύνου. Για τους κρατούμενους που διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο, ο έλεγχος πρέπει να είναι συνεχής!

Ακόμα κι αν ο έλεγχος γίνεται κάθε 10-15 λεπτά μπορεί να μην είναι επαρκής: σε περίπτωση απαγχονισμού τρία λεπτά ασφυξίας αρκούν για την πρόκληση μόνιμης εγκεφαλικής βλάβης, ενώ πέντε με επτά λεπτά μπορούν να αποβούν θανατηφόρα. Μια εναλλακτική λύση είναι η εικοσιτετράωρη παρακολούθηση του κρατούμενου με κάμερα, η οποία ωστόσο δεν μπορεί να υποκαταστήσει την άμεση επίβλεψη από το προσωπικό. Πολλές αυτοκτονίες έχουν γίνει σε κελιά όπου υπήρχε 24ωρη παρακολούθηση με κάμερα. Επιπλέον αυτή η τακτική στερεί από τον κρατούμενο τη δυνατότητα ανθρώπινης επαφής και επικοινωνίας, δεν του επιτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του και να αποφορτίσει την ένταση που νιώθει.

Το προσωπικό θα πρέπει να υποστηρίξει τον κρατούμενο, να μιλήσει μαζί του και να τον αφήσει να εκφράσει αυτά που αισθάνεται. Πολλές φορές οι άνθρωποι που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν θέλουν να ακουστούν και να επικοινωνήσουν. Η δυνατότητα να μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του και η αίσθηση ότι τον αντιμετωπίζουν με συμπάθεια και κατανόηση μπορεί να τον βοηθήσουν να αποφορτίσει την ένταση που αισθάνεται και να οδηγήσουν στη δημιουργία μιας ισχυρής θετικής σχέσης με τους σωφρονιστικούς υπαλλήλους. Είναι καλό η συνομιλία να γίνει ιδιαιτέρως, σε ένα χώρο όπου δεν παρευρίσκονται συγκρατούμενοι.

Μια τακτική που χρησιμοποιείται στο εξωτερικό για την αντιμετώπιση των αυτοκαταστροφικών κρατουμένων είναι η μεταφορά τους σε «κελιά ασφαλείας», αφού απογυμνωθούν από όλα τα ρούχα και τα αντικείμενα τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν για να βλάψουν τον εαυτό τους. Έχουν αναφερθεί κάποια θετικά αποτελέσματα, όταν η παραμονή στο «κελί ασφαλείας» συνοδεύεται από συνεχή έλεγχο και εντατική ψυχολογική και ψυχιατρική φροντίδα. Παρόλα αυτά, η απομόνωση καλό είναι να αποφεύγεται λόγω της δυσμενούς επίδρασης στην ψυχολογία του κρατούμενου.

Μια εναλλακτική λύση είναι η μεταφορά σε κελί με ευαισθητοποιημένους και υποστηρικτικούς συγκρατούμενους, που θα ειδοποιήσουν άμεσα το προσωπικό όταν παρατηρήσουν κάτι ανησυχητικό. Ωστόσο η μεταφορά σε κοινό κελί δεν είναι πάντα βοηθητική. Ο αυτοκαταστροφικός κρατούμενος συχνά είναι ευερέθιστος και δύσκολος στη συμπεριφορά, μπορεί να πυροδοτήσει ξεσπάσματα κλπ. Επιπλέον αν οι συγκρατούμενοι δεν είναι συνεργάσιμοι, μπορεί να μην αντιληφθούν έγκαιρα τον κίνδυνο ή να μην ειδοποιήσουν το προσωπικό, ενώ σε ένα κοινό κελί ο κρατούμενος έχει ευκολότερη πρόσβαση σε αυτοκαταστροφικά μέσα.

Συνοπτικά, τα βήματα που πρέπει να γίνουν είναι:

- Ζητείστε άμεση εκτίμηση από ψυχίατρο
- Επιβλέψτε τον στενά
- Αφιερώστε χρόνο. Μιλήστε μαζί του και ακούστε τον. Συμπαρασταθείτε του και δώστε του να καταλάβει ότι δεν είναι μόνος του
- Φερθείτε του με σεβασμό και όχι απαξιωτικά ή υποτιμητικά
- Διευκολύνετε (όσο και όταν μπορείτε) την επικοινωνία του με την οικογένειά του ή άλλα οικεία του πρόσωπα
- Απομακρύνετε όλα τα αντικείμενα που βρίσκονται στο κελί του και που θα μπορούσαν να αποβούν επικίνδυνα (σεντόνια, κορδόνια παπουτσιών, ζώνες κλπ)
- Τοποθετείστε τον σε κελί με ευαισθητοποιημένους συγκρατούμενους που θα σας ειδοποιήσουν όταν συμβεί κάτι ανησυχητικό
- Αποφύγετε τις τιμωρητικές συμπεριφορές και το θυμό. Δεν θα σας βοηθήσουν να ελέγξετε τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές

- Μην αποκαλύψετε προσωπικές πληροφορίες σε άλλους κρατούμενους
- Σε περίπτωση που παίρνει φαρμακευτική αγωγή (για ψυχιατρικά ή παθολογικά προβλήματα), ζητήστε του να πάρει τα φάρμακά του μπροστά σας. Υπάρχει ο κίνδυνος να συγκεντρώσει μεγάλη ποσότητα φαρμάκων και να προσπαθήσει να αυτοκτονήσει. Η λήψη υπερβολικής ποσότητας φαρμάκων είναι μια από τις συχνότερες μεθόδους αυτοκτονίας στα καταστήματα κράτησης
- Κατανοήστε τους λόγους που τον οδηγούν στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ενδεχομένως κάποιοι από αυτούς μπορούν να τροποποιηθούν.
- Αναζητείστε εκλυτικά αίτια και καταγράψτε τα. Ακόμα κι αν στην παρούσα φάση η απόπειρα αποφευχθεί, αντίστοιχα εκλυτικά αίτια μπορούν να υποκινήσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά στο μέλλον.
- Ενημερώστε λεπτομερώς το φάκελο του ασθενούς και συνεργαστείτε με τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού. Ενημερώνετε τακτικά τον ειδικό που τον παρακολουθεί (ψυχολόγο ή ψυχίατρο)

- Σε περίπτωση που η αυτοκτονία ή η απόπειρα αυτοκτονίας έχει πραγματοποιηθεί υποστηρίξτε τους υπόλοιπους κρατούμενους (ειδικά αν είναι εκτεθειμένοι σε παράγοντες κινδύνου) και αναζητείστε «προειδοποιητικά σημάδια» στη συμπεριφορά τους. Η αυτοκτονία στα καταστήματα κράτησης μπορεί να οδηγήσει σε «αλυσίδα» αυτοκτονιών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Ειδικά οι νέοι κρατούμενοι είναι επιρρεπείς σε μιμητικές συμπεριφορές τέτοιου τύπου.

13. Τηλεψυχιατρική: η πρόταση της «ΚΛΙΜΑΚΑ»

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» έχει προτείνει να αξιοποιηθεί το σύστημα της Τηλεψυχιατρικής για την παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών στα καταστήματα κράτησης.

Η Τηλεψυχιατρική είναι ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας από απόσταση, με τη χρήση της σύγχρονης τεχνολογίας των τηλεπικοινωνιών. Βασίζεται στην αμφίδρομη επικοινωνία γιατρού και ασθενούς μέσω εικόνας και ήχου.

Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία οπτικοακουστικών συστημάτων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα οποία διαφοροποιούνται κυρίως απ' το κόστος & την ποιότητα αποδοχής τη εικόνας. Σε κάθε πλευρά της επικοινωνίας υπάρχει μια video camera η οποία συνδέεται με μια οθόνη τηλεόρασης. Οι συμμετέχοντες στην τηλεδιάσκεψη βλέπουν ο ένας τον άλλο μέσω της οθόνης, ενώ η μεταξύ τους συνομιλία μεταδίδεται μέσω γραμμής τηλεφώνου.

Κατά τη διάρκεια της Τηλεδιάσκεψης, ο γιατρός μπορεί να εστιάσει όταν το κρίνει απαραίτητο ώστε να δει με ευκρίνεια τη στάση του ασθενούς, τις εκφράσεις του προσώπου του κλπ. Με τον τρόπο αυτό, εκτός από τη λεκτική, επιτρέπεται και η εξωλεκτική επικοινωνία.

Βασικό εργαλείο της Τηλεψυχιατρικής είναι ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, μια ηλεκτρονική βάση δεδομένων που περιέχει τα στοιχεία που αφορούν τον κάθε ασθενή. Με τον τρόπο αυτό ο ειδικός έχει τη δυνατότητα εύκολης και άμεσης πρόσβασης στα στοιχεία του ασθενούς.

Με τη χρήση της Τηλεψυχιατρικής, ικανοποιείται η αυξανόμενη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συχνά υπερβαίνει το ανθρώπινο δυναμικό που διατίθεται. Η χρησιμότητα της μεθόδου στα καταστήματα κράτησης είναι μεγάλη, διότι επιτρέπει:

- Την ψυχιατρική εκτίμηση του κρατούμενου χωρίς να χρειάζεται η μεταφορά του (π.χ. σε ψυχιατρικό νοσοκομείο)
- Την άμεση παρέμβαση σε περίπτωση επείγοντος
- Την τακτική παρακολούθηση του κρατούμενου
- Τη συνταγογράφηση φαρμάκων όταν χρειάζεται
- Τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις
- Την εποπτεία των ειδικών της ψυχικής υγείας που εργάζονται στο κατάστημα κράτησης

- Την κατάρτιση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού των καταστημάτων κράτησης
- Την επικοινωνία του κρατούμενου με οικεία του πρόσωπα σε προγραμματισμένες μέρες και ώρες

κλπ.

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» χρησιμοποιεί τη μέθοδο της Τηλεψυχιατρικής από το 2002, για να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες στο σύνολο των δομών της (Οικοτροφεία, Κέντρα Ημέρας, Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας ΝΑ Κυκλάδων).

Στις ΝΑ Κυκλάδες, ο αριθμός των εξυπηρετούμενων από την έναρξη της λειτουργίας της Κινητής Μονάδας ως σήμερα είναι περίπου 3.500 άτομα. Έως τον Αύγουστο του 2008 έγιναν 5599 ψυχιατρικές συνεδρίες μέσω τηλεδιάσκεψης, αντιμετωπίστηκαν 1606 έκτακτα περιστατικά (με ψυχολογική υποστήριξη και ψυχιατρική παρακολούθηση μέσω τηλεδιάσκεψης) και πραγματοποιήθηκαν 69 εισαγγελικές εντολές.

Αξίζει να αναφερθεί ότι η Τηλεψυχιατρική έχει αναγνωριστεί ως κλάδος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.

Παράρτημα Α :

Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία

801 801 99 99

1018

Η Γραμμή Παρέμβασης για την Αυτοκτονία είναι η μοναδική στην Ελλάδα Γραμμή Παρέμβασης και Υποστήριξης ανθρώπων που εκδηλώνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές. Η Γραμμή λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση, με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Απευθύνεται σε όσους:

- σκέφτονται να αυτοκτονήσουν
- έχουν κάνει απόπειρα στο παρελθόν
- εκδηλώνουν οποιαδήποτε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- έχουν χάσει κάποιο δικό τους άνθρωπο λόγω αυτοκτονίας
- ανησυχούν για κάποιο δικό τους άνθρωπο

Παράρτημα Β :

Οι φυλακές Bastoy στη Νορβηγία

Το Bastøy είναι ένα Νορβηγικό νησί που βρίσκεται περίπου 75 χιλιόμετρα νότια του Όσλο. Στη φυλακή που λειτουργεί εκεί κρατούνται 115 άτομα. Πρόκειται για την πρώτη «οικολογική φυλακή» στον κόσμο.

Η φιλοσοφία της φυλακής Bastoy είναι ότι όλοι οι άνθρωποι μπορούν να συμπεριφερθούν σαν «συνηθισμένοι» πολίτες αν ζήσουν σε ένα περιβάλλον όπου τους αντιμετωπίζουν με σεβασμό και όπου έχουν οι ίδιοι την ευθύνη για τη συμπεριφορά και την προσωπική τους ανάπτυξη. Στο περιβάλλον αυτό πρέπει να δέχονται την επιρροή ατόμων που μπορούν να λειτουργήσουν σαν «θετικά πρότυπα», να υπάρχουν προκλήσεις και απαιτήσεις που να επιτρέπουν την προσωπική εξέλιξη και δραστηριότητες με νόημα.

Η λειτουργία του Bastoy διέπεται από αξίες όπως:

- η συλλογικότητα
- η συνεργασία
- η υπευθυνότητα
- Η οικολογική συνείδηση
- Η αγάπη και ο σεβασμός για το συνάνθρωπο

Στη φυλακή Bastoy δεν υπάρχουν κελιά. Οι κρατούμενοι στεγάζονται σε ξύλινα σπίτια, χωρητικότητας επτά και δεκαπέντε ατόμων. Εργάζονται στο αγρόκτημα των φυλακών, όπου καλλιεργούν το μεγαλύτερο μέρος των τροφίμων που χρειάζονται για τη διατροφή τους. Ένα ποσοστό των προϊόντων που παράγονται πωλούνται σε άλλες φυλακές και αλλού.

Όταν δεν απασχολούνται με αγροτικές και κτηνοτροφικές εργασίες, οι κρατούμενοι έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στο σχολείο που λειτουργεί στη φυλακή, όπου έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν γνώσεις πληροφορικής και να εκπαιδευτούν σε αντικείμενα σχετικά με τη γεωργία, την κτηνοτροφία, την αλιεία κλπ. Παραδίδονται επίσης μαθήματα μουσικής, ζωγραφικής κλπ.

Κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους, έχουν τη δυνατότητα να κάνουν σκι και ιππασία, να ψαρέψουν, ακόμα και να κολυμπήσουν το καλοκαίρι, όταν η θερμοκρασία το επιτρέπει. Έτσι, τους παρέχεται μεγάλη ελευθερία κινήσεων σε έναν περιορισμένο χώρο.

Στη φυλακή βρίσκεται καθημερινά μια νοσηλεύτρια, ενώ ένας γιατρός επισκέπτεται το νησί μια φορά την εβδομάδα. Οι κρατούμενοι μπορούν να δουν ψυχολόγο, φυσιοθεραπευτή και οδοντίατρο δύο φορές το μήνα μετά από ραντεβού.

Περισσότερο επιβλέποντας παρά φρουρώντας, οι 69 φύλακες του Bastoy εργάζονται μαζί με τους κρατούμενους μέχρι τις τρεις το απόγευμα, οπότε οι περισσότεροι επιστρέφουν στο σπίτι τους. Μόνο πέντε παραμένουν στο νησί κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Ελάχιστα αυτοκίνητα κυκλοφορούν, χρησιμοποιώντας βιολογικά καύσιμα. Τα άλογα του νησιού χρησιμοποιούνται τόσο για τις μετακινήσεις, όσο και για μεγάλο μέρος των εργασιών. Για τη λειτουργία της φυλακής αξιοποιείται η ηλιακή ενέργεια, η οποία καλύπτει τις ανάγκες σε ποσοστό 70%. Το συνολικό κόστος λειτουργίας είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με αυτό των συμβατικών φυλακών.

Κάποιοι από τους κρατούμενους του Bastoy έχουν διαπράξει πολύ σοβαρά αδικήματα (ανθρωποκτονίες, βιασμούς κλπ). Ωστόσο, ελάχιστες φορές έχουν επιχειρήσει να αποδράσουν. Ίσως γιατί όταν συλληφθούν χάνουν το δυνατότητα να επιστρέψουν στο νησί και μεταφέρονται σε κάποια από τις συμβατικές φυλακές της Νορβηγίας...

*Πηγές: <http://www.prisoncommission.org.uk/>,
<http://www.bastoyfengsel.no/english.aspx>*

Βιβλιογραφία

1. Aebi, M.F., Delgrande, N. (2007)
*“Council of Europe– Annual Penal Statistics
SPACE I-Survey 2006”*
2. Ax, R.K., Fagan, T.J., Magaletta, P.R., Morgan, R.D.,
Nussbaum, D., White, T.W. (2007)
“Innovations in Correctional Assessment and Treatment”
Criminal Justice and Behavior 34(7): 893-905
3. Bell, D. (1999)
“Ethical issues in the prevention of suicide in prison”
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33:723–
728
4. Blaauw, E., Arensman, E., Kraaij, V., Winkel, F.W., Bout, R.
(2002)
*“Traumatic Life Events and Suicide Risk Among Jail Inmates:
The Influence of type of events, time period and significant others”*
Journal Of Traumatic Stress, 15(1):9-16
5. Blaauw, E., Roesch, R., Kerkhof, A. (2000)
*“Mental Disorders in European Prison Systems: Arrangements for
Mentally Disordered Prisoners in the Prison Systems of 13
European Countries”*
International Journal of Law and Psychiatry, 23(5–6):649–663
6. Borrill, J., Snow, L., , Medlicott, L., Teers, R., Paton, J. (2005)
*“Learning from ‘Near Misses’: Interviews with Women who
Survived an Incident of Severe Self-Harm in Prison”*
The Howard Journal, 44 (1): 57–69

7. Camilleri, P., McArthur, M. (2008)
"Suicidal behaviour in prisons: Learning from Australian and international experiences"
 International Journal of Law and Psychiatry 31: 297–307
8. Corcos, C. D. , Lewin, R. D. (2001)
"The use of "safe cells" in the management of suicidal and violent prisoners"
 Australasian Psychiatry, 9(1)
9. Cox. B., Skegg, K. (1993)
"Contagious suicide in prisons and police cells"
 Journal of Epidemiology and Community Health, 47: 69-72
10. Daigle, M. (2004)
"MMPI Inmate Profiles: Suicide Completers, Suicide Attempters, and Non-Suicidal Controls"
 Behavioral Sciences and the Law, 22: 833–842
11. Dalton, V. (1999)
"Suicide in Prison 1980 to 1998: National Overview"
 Australian Institute of Criminology
12. Daniel, A.E. (2006)
"Preventing Suicide in Prison: A Collaborative Responsibility of Administrative, Custodial, and Clinical Staff"
 J Am Acad Psychiatry Law 34:165–75
13. Dear, G.E., Thomson, D.M., Hills, A.M. (2000)
"Self-Harm in Prison: Manipulators can Also Be Suicide Attempters"
 Criminal Justice and Behavior ,27(160)

14. Dell, C.A., Beauchamp, T.
"Self-harm among criminalized women"
 Canadian Centre on Substance Abuse

15. Diamond, P.M., Wang, E.W., Holzer, C.E., Thomas, C.,
 Cruzer, A. (2001)
"The Prevalence of Mental Illness in Prison"
 Administration and Policy in Mental Health, 29(1)

16. Fazel, S., Benning, R., Dannesh, J. (2005)
"Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003"
 Lancet 2005; 366: 1301–1302

17. Fazel, S., Danesh, J. (2002)
*"Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review
 of 62 surveys"*
 Lancet, 359: 545–50

18. Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E.,
 Xenitidis, K. (2006)
*"Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek
 male prisoners"*
 International Journal of Law and Psychiatry 29: 68–73

19. Fruehwald, S., Frottier, P., Matschnig, T., Eher, R. (2003)
"The relevance of suicidal behaviour in jail and prison suicides"
 European Psychiatry 18: 161–165

20. Fruehwald, S., Matschnig, T., Koenig, F., Bauer, P., Frottier,
 P. (2004)
"Suicide in custody: Case control study"
 British Journal of Psychiatry, 185:494-498

21. Gatherer, A., Moller, L., Hayton, P. (2005)
"The World Health Organization European Health in Prisons Project After 10 Years: Persistent Barriers and Achievements"
 American Journal of Public Health, 95(10)

22. Hayes, L.M. (1997)
"From Chaos to Calm: One Jail System's Struggle with Suicide Prevention"
 Behavioral Sciences and the Law, 15:399-413

23. Huey, M.P., Mc Nulty, T.L. (2005)
"Institutional Conditions and Prison Suicide: Conditional Effects of Deprivation and Overcrowding"
 The Prison Journal, 85(4):490-514

24. Hurley, W., Dunne, M.P. (1991)
"Psychological Distress and Psychiatric Morbidity in Women Prisoners"
 Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,
 25:461-470

25. Ireland, J., Quinn, K. (2007)
"Officer Attitudes Towards Adult Male Prisoners Who Self-Harm: Development of an Attitudinal Measure and Investigation of Sex Differences"
 Aggressive Behavior, 33: 63-72

26. Jeglic, E.L., Vanderhoff, H.A., Donovanick, P.J. (2005)
"The Function of Self-Harm Behavior in a Forensic Population"
 International Journal of Offender Therapy and
 Comparative Criminology, 49 (131)

27. Joukamaa, M. (1997)
"Prison suicide in Finland, 1969- 1992"
 Forensic Science International, 167-174

28. Kaplan & Sadock's
"Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/ Clinical
Psychiatry"
Ninth Edition, 2003

29. Κατσαδώρας κ., Μπεκιάρη Ε., Γαρόνη Δ. (2008)
«Ψυχικά πάσχοντες αποφυλακισμένοι και εκτός στέγης
διαβίωση»
20ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής

30. Khalifa, N., Saleem, Y., Stankard, P. (2008)
*"The use of telepsychiatry within forensic practice: A literature
review on the use of videolink"*
The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 19(1): 2–13

31. Klonsky, D.E. Muehlenkamp, J.J. (2007)
"Self-Injury: A Research Review for the Practitioner"
Journal of Clinical Psychology: in Session,
63(11): 1045–1056

32. Kjelsberg, E., Skoglund, T.H., Rustad, A.B. (2007)
*"Attitudes towards prisoners, as reported by prison inmates,
Prison employees and college students"*
BMC Public Health, 7:71

33. Koulierakis, G., Agrafiotis, D., Gnardellis, C., Power, K.G.
(1999)
"Injecting drug use among inmates in Greek prisons"
Addiction Research, 7(3): 193-212

34. Koulierakis, G., Gnardellis, C., Agrafiotis, D., Power, K.G.
(2000)
*"HIV risk behaviour correlates among injecting drug users in
Greek prisons"*
Addiction, 95(8): 1207–1216

35. Lamberti, J.S., Weisman, R.L., Schwarzkopf, S.B., Price, N., Ashton, R.M., Trompeter, J. (2001)
"The Mentally Ill in Jails and Prisons: Towards an Integrated Model of Prevention"
 Psychiatric Quarterly, 72(1)
36. Lamberti, J.S., Weisman, R.L. (2004)
"Persons with severe mental disorders in the criminal justice system: challenges and opportunities"
 Psychiatric Quarterly, 75 (2)
37. Lamis, D.A., Langhinrichsen-Rohling, J., Simpler, A. (2008)
"The associations among personality disorder symptoms, suicide proneness and current distress in adult male prisoners"
 Personality and Mental Health, 2: 218–229
38. Lekka, N.P., Argyriou, A.A., Beratis, S. (2006)
"Suicidal Ideation in Prisoners : risk factors and relevance to suicidal behavior. A Prospective Case-Control Study"
 Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256 : 87–92
39. Lester D. (1991)
"Physical abuse and physical punishment as precursors of suicidal behavior"
 Stress Medicine, 7:255-256
40. Liebling, A. (1993)
"Suicides in young prisoners: A summary"
 Death Studies, 17(5): 381-407
41. Lukasiewicz, M., Blecha, L., Falissard, B., Neveu, X., Benyamina, A., Reynaud, M., Gasquet, I. (2009)
"Dual Diagnosis: Prevalence, Risk Factors, and Relationship With Suicide Risk in a Nationwide Sample of French Prisoners"
 Alcohol Clin Exp Res, 33(1): 1–9 1

42. McArthur, M., Camilleri, P., Webb, H. (1999)
"Strategies for Managing Suicide & Self-harm in Prisons"
 Australian Institute of Criminology
43. Monnier, J., Knapp, R.G., Frueh, B.C. (2003)
"Recent Advances in Telepsychiatry: An Updated Review"
 Psychiatric Services, 54(12)
44. Munetz, M.R., Grande, T.P., Chambers, M.R. (2001)
"The Incarceration of Individuals with Severe Mental Disorders"
 Community Mental Health Journal, 37 (4)
45. Myers, K., Valentine, J., Morganthaler, R., Melzer, S.(2006)
"Telepsychiatry with incarcerated youth"
 Journal of Adolescent Health 38:643–648
46. O' Grady, J. (2004)
"Prison psychiatry"
 Criminal Behaviour and Mental Health, 14: 25–30
47. Palmer, E.J., Binks, C. (2008)
*"Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II
 with incarcerated male offenders aged 18–21 years"*
 Criminal Behaviour and Mental Health, 18: 232–242
48. Palmer, J.E., Conelly, R. (2005)
*"Depression, hopelessness and suicide ideation among
 vulnerable prisoners"*
 Criminal Behavior and Mental Health, 15(3):164-70
49. Power, K., McElroy, J., Swanson, V. (1997)
*"Coping Abilities and Prisoners' Perception of Suicidal Risk
 Management"*
 The Howard Journal 36(4):378-392

50. Roe-Sepowitz, D. (2007)
"Characteristics and predictors of self-mutilation: a study of incarcerated women"
 Criminal Behaviour and Mental Health. 17: 312–321

51. Rudd, M.D., Berman, A.L., PhD, Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K., Witte, T.
"Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications"
 Suicide and Life-Threatening Behavior 36(3)

52. Salize, H.J., Drefsing, H., Kief, C. (2007)
"Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). Final Report – October 31, 2007"
 Central Institute of Mental Health, Mannheim, Germany
 The SANCO Directorate General
 European Commission

53. Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A., Appleby, L. (2004)
"Suicide by prisoners: National clinical survey"
 British Journal of Psychiatry, 184: 263-267

54. Shaw, J., Humber, N. (2007)
"Prison mental health services"
 Psychiatry, 6(11):465-469

55. Shaw, J., Turnbull, P. (2006)
"Suicide in custody"
 Psychiatry 5(8): 286-288

56. Shea, S. (1993)
"Personality Characteristics of Self-Mutilating Male Prisoners"
 Journal of Clinical Psychology, 49(4)

57. Skogstad, F., Deane, F.P., Spicer, J. (2006)
"Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates"
 Criminal Behaviour and Mental Health, 16: 43–59

58. Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M., Dulcan, M.K., Mericle, A.A. (2002)
"Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention"
 Arch Gen Psychiatry, 59:1133-1143

59. Viljoen, J.L., O'Neill, M.L., Sidhu, A. (2005)
"Bullying Behaviors in Female and Male Adolescent Offenders: Prevalence, Types, and Association With Psychosocial Adjustment"
 Aggressive Behavior, 31: 521–536

60. Watson, R., Stimpson, A., Hostick, T. (2004)
"Prison health care: a review of the literature"
 International Journal of Nursing Studies 41:119–128

62. World Health Organization (2005)
"Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction"

63. World Health Organization (2003)
"Declaration: Prison Health as part of Public Health"
 Moscow, 24 October 2003

64. World Health Organization (2008)
*"WHO Conference on Women's health in Prison
 Correcting gender inequities in prison health
 Consultative document for discussion at the WHO International
 Conference on Prison Health - Kyiv, Ukraine 13 November 2008"*

65. World Health Organization (2007)
“Background Paper for Trencín Statement on Prisons and Mental Health. Towards best practices in developing prison mental health systems”
Paper drafted as background paper for the WHO International Conference on Prison and Health, Trencín, Slovakia 18 October 2007
66. World Health Organization –ICRC
“Information Sheet. Mental Health and Prisons”
67. WHO Regional Office for Europe (2003)
“Health in Prisons Update”
Newsletter, no.1
68. WHO Regional Office for Europe (1999)
Mental Health Promotion in Prisons
Report on a WHO Meeting
The Hague, Netherlands
18–21 November 1998
69. Wrinkler, G.E. (1992)
“Assessing and responding to suicidal jail inmates”
Community Mental Health Journal, 28(4)

Χρήσιμες φάνηκαν οι ιστοσελίδες:

- *Bastoy Prison*
<http://www.bastoyfengsel.no/english.aspx>

- *Commission of English Prisons Today*
<http://www.prisoncommission.org.uk/>
- *Γυμνάσιο-Λύκειο Αυλώνα (που λειτουργεί στο Ειδικό Κατάστημα Κράτησης Νέων Αυλώνα)*
<http://gym-par-avlon.att.sch.gr/>
- *Εθνική Στατιστική Υπηρεσία*
<http://www.statistics.gr/>
- *Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων*
<http://www.ideke.edu.gr/programs.asp?cat=1&pr=1>
- *International Centre for Prison Studies*
<http://www.kcl.ac.uk/schools/law/research/icps>
- *ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΚΟ*
<http://www.klimaka.org.gr/newsite/>
- *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας*
<http://www.who.int/en/>
<http://www.euro.who.int/prisons>
“Preventing suicide: a resource for prison officers”, WHO 2000
- *Υπουργείο Δικαιοσύνης*
<http://www.ministryofjustice.gr/>



**Φορέας Ανάπτυξης Ανθρώπινου
και Κοινωνικού Κεφαλαίου**
ΕΥΜΟΛΠΙΔΩΝ 30-32 , 11854 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: 210 3417160-3, FAX: 2103417164
e-mail:central@klimaka.org.gr
www.klimaka.org.gr

Μια πρωτοβουλία της «ΚΛΙΜΑΚΑ» στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας για άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές & σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Το Κέντρο Ημέρας συγχρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25% στο πλαίσιο του Ε.Π «Υγεία Πρόνοια 2000-2006» στον Άξονα Προτεραιότητας 2, Μέτρο 2.3 που αφορά: «ενέργειες πρόληψης και ενίσχυσης της κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικοοικονομικής ένταξης»



Γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία

**801 801 99 99
1018**

*με την υποστήριξη του Υπουργείου Υγείας
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*

Η «ΚΛΙΜΑΚΑ» , στο πλαίσιο του Κέντρου Ημέρας που λειτουργεί, έχει ξεκινήσει εδώ και δύο περίπου χρόνια μια προσπάθεια πρόληψης και αντιμετώπισης του προβλήματος της αυτοκτονίας. Η παρέμβαση της «ΚΛΙΜΑΚΑ» περιλαμβάνει:

- Λειτουργία Γραμμής Παρέμβασης για την Αυτοκτονία
- Ψυχιατρική και ψυχολογική φροντίδα των αυτοκαταστροφικών ατόμων
- Συγγραφή και διανομή Οδηγών σε επαγγελματικές ομάδες που μπορούν να παίξουν ειδικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς
- Σεμινάρια , ομιλίες, ημερίδες και άλλες δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης τόσο των επαγγελματιών της υγείας όσο και του ευρύτερου κοινού
- Ερευνητικό έργο και επιστημονικές ανακοινώσεις σχετικά με την αυτοκτονία και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά