

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Προφίλ κρατούμενων ανδρών και κατάθλιψη

Καστός Ν. Δημήτριος
Νοσηλεύτης

Αθήνα 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΜΣ «ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ»

Διπλωματική Εργασία

Προφίλ κρατούμενων ανδρών και κατάθλιψη

Καστός Ν. Δημήτριος
Νοσηλεύτης

Αθήνα 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Πολυκανδριώτη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Υπογραφή:

Δούσης Ευάγγελος, Επίκουρος Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Ζαρταλούδη Αφροδίτη, Επίκουρη Καθηγήτρια, Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Υπογραφή:

Δήλωση συγγραφέα μεταπτυχιακής εργασίας

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος Καστός Δημήτριος του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 19005 φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Ο Δηλών



Καστός Δημήτριος

Copyright © **Καστός Ν. Δημήτριος**, 2021. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Εξειδικευμένη Κλινική Νοσηλευτική» του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής. Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαιτέρως, την επιβλέπουσα καθηγήτρια της έρευνας αυτής καθώς και όλους ξεχωριστά τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για τη συνεχή και αμέριστη ενίσχυση που μου παρείχαν, όπως επίσης και όλους εκείνους, που με τη στήριξη, τη βοήθεια και τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσαν εκπονήθηκε αυτή η διπλωματική εργασία. Ομοίως δε, ευχαριστώ όλους όσους στερήθηκαν τον προσωπικό μου χρόνο, την οικογένεια μου, τη σύζυγο μου Φανή και ιδιαιτέρως τα παιδιά μου Νικόλαο και Γεώργιο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	1
Γενικό Μέρος	3
1. Κατάθλιψη	4
1.1. Ταξινόμηση της κατάθλιψης	6
1.2. Αιτίες της κατάθλιψης	9
1.3. Διάγνωση	11
1.4. Κλινική εικόνα	12
1.5. Θεραπεία	14
1.5.1. Φαρμακευτική αγωγή	15
1.5.2. Μη φαρμακευτική θεραπεία	17
2. Καταστάματα κράτησης	19
2.1. Θέματα περίθαλψης	20
2.1.1. Καθήκοντα υγειονομικού προσωπικού	23
2.2. Δικαιώματα κρατούμενων	23
2.3. Η ζωή στη φυλακή	25
3. Κρατούμενοι και ψυχικές διαταραχές	29
Ειδικό Μέρος	32
1. Υλικό και Μέθοδος	33
1.1. Δείγμα της μελέτης	33
1.2. Εργαλείο μέτρησης	34
1.2.1. Χαρακτηριστικά κρατούμενων ανδρών	34
1.2.2. Μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών	35
1.3. Στατιστική Ανάλυση	35
2. Αποτελέσματα	36
2.1. Περιγραφικά αποτελέσματα	36
2.1.1. Χαρακτηριστικά κρατούμενων ανδρών	36
2.1.2. Μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών	39
2.2. Στατιστικά αποτελέσματα	39
Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των κρατούμενων ανδρών	39
2.3. Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των κρατούμενων ανδρών στην κατάθλιψη	43
3. Συζήτηση αποτελεσμάτων	44
Περιορισμοί της μελέτης	
Συμπεράσματα	56
Περίληψη Ελληνική	58
Περίληψη Αγγλική	59
Βιβλιογραφία	60

Εισαγωγή

Ο αριθμός των ατόμων που τελούν υπό κράτηση ανέρχεται στα 10.35 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως.¹ Μεταξύ αυτών, οι ΗΠΑ έχουν τον υψηλότερο πληθυσμό φυλακισμένων, που πλησιάζει περίπου τα 2.24 εκατομμύρια.² Από το 2000, ο αριθμός των φυλακισμένων αυξήθηκε κατά περίπου 30%, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από τον παγκόσμιο γενικό πληθυσμό που αυξήθηκε κατά 20% κατά την ίδια περίοδο. Αναλυτικότερα, από το έτος 2013 αυξήθηκε σημαντικά ο πληθυσμός των φυλακών σε ΗΠΑ, Ασία, Ευρώπη και Ωκεανία. Ομοίως, στην Αφρική, παρατηρήθηκε μεγάλη αύξηση, όπου για παράδειγμα το ποσοστό του πληθυσμού των φυλακών της Αιθιοπίας αυξήθηκε από 94 σε 124 ανά 100.000 άτομα του συνολικού πληθυσμού μεταξύ του χρονικού διαστήματος 2000-2011.¹

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, ένας στους εννέα κρατούμενους παγκοσμίως αντιμετωπίζει ψυχική διαταραχή με την πλειοψηφία αυτών να βιώνουν κατάθλιψη.¹ Το μέγεθος της σοβαρής ψυχικής διαταραχής είναι πέντε έως δέκα φορές υψηλότερο μεταξύ των κρατούμενων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης μεταξύ των κρατούμενων στις αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες είναι 39.2% και 33.1%, αντίστοιχα.²

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος ψυχικών ασθενειών που διατρέχουν οι κρατούμενοι αποδίδεται σε πολλούς πιθανούς παράγοντες όπως η απώλεια προσωπικών ελευθεριών και ευκαιριών, η έλλειψη ιδιωτικότητας, η βία μεταξύ των κρατούμενων, η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη πρόσβασης στην ψυχική υγεία και η ποινή φυλάκισης.²

Άλλοι παράγοντες που πυροδοτούν την κατάθλιψη που βιώνουν οι άνδρες κρατούμενοι αποτελούν τα θέματα πειθαρχίας στη φυλακή, το ιστορικό νεανικής εγκληματικότητας, το οικογενειακό ιστορικό, η κατάχρηση ουσιών και η παραβατική συμπεριφορά. Οι άνδρες με κατάθλιψη τείνουν να είναι περισσότερο ευερέθιστοι, επιθετικοί, να εμπλέκονται σε διαπροσωπικές συγκρούσεις και επικίνδυνες δραστηριότητες, να έχουν υψηλό επιπολασμό συννοσηρότητας και διαταραχή χρήσης αλκοόλ. Αυτές οι συμπεριφορές τείνουν να δυσκολεύουν την προσαρμογή στο πειθαρχικό σύστημα της φυλακής και να οδηγούν σε αντεκδικήσεις, οι οποίες εν συνεχεία επιδεινώνουν την ψυχική τους υγεία και εμποδίζουν τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης μετά την αποφυλάκιση. Επιπλέον, εμπόδια παρατηρούνται στη θεραπεία των κρατούμενων ανδρών με κατάθλιψη, οι οποίοι συνήθως δεν

αναζητούν ιατρική βοήθεια και αποκρύπτουν τα συναισθηματικά ζητήματα φοβούμενοι το στίγμα της αδυναμίας.^{3,4}

Εξίσου σημαντικοί παράγοντες, που σχετίζονται με την κατάθλιψη που βιώνουν οι άνδρες κρατούμενοι, είναι η ανάκληση των παρελθόντων παρανόμων πράξεων και η προσπάθεια να ανακουφίσουν τις στιγμές του εγκλήματος, γεγονός, που τους ωθεί να βιώνουν θλίψη και ενοχή. Οι σκέψεις αυτές σε συνδυασμό με τη παρατεταμένη φυλάκιση, τη ζωή με τους άλλους κρατούμενους, το ίδιο το περιβάλλον της φυλακής και την απομάκρυνση από τους οικείους, μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη βαριάς μορφής.^{2,5} Κατά τη διάρκεια της φυλάκισης, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η σωματική επίθεση και η ψυχολογική κακοποίηση μπορεί συμβάλλουν περαιτέρω στις διαταραχές της ψυχικής υγείας.^{6,7}

Εκτός από το ίδιο το περιβάλλον των φυλακών, η χρόνια κατάθλιψη εντός της φυλακής είναι δυνατόν να σχετίζεται με την ανεπαρκή στήριξη ψυχικής υγείας ή το συνδυασμό αυτών των μηχανισμών.¹

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη, το πρώτο το οποίο αναφέρεται στην κατάθλιψη, στη λειτουργία των καταστημάτων κράτησης και στις διαταραχές ψυχικής υγείας των κρατουμένων ενώ το δεύτερο μέρος αποτελείται από τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τα συμπεράσματα.

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του προφίλ των κρατούμενων ανδρών όπως επίσης και της κατάθλιψης.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα δημόσιας υγείας η οποία πλήττει περίπου 300 εκατομμύρια άτομα. Αναλυτικότερα, η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστηση, συναισθήματα ενοχής ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, συναισθήματα κόπωσης, μείωση της διάθεσης και φτωχή συγκέντρωση. Ανάλογα με τον αριθμό και τη βαρύτητα αυτών των συμπτωμάτων, η κατάθλιψη ταξινομείται ως ήπια, μέτρια και σοβαρή. Ειδικότερα, η κατάθλιψη βαρύτερης μορφής μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία, η οποία είναι η αιτία θανάτου σε περισσότερα από 800.000 άτομα κάθε χρόνο παγκοσμίως.¹ Η πλειονότητα των καταθλιπτικών ατόμων έχει υποτροπιάζοντα επεισόδια (~ 50%) ή / και χρόνια κατάθλιψη (~ 20%).⁸

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε όλη τη ζωή κυμαίνεται από 20% έως 25% στις γυναίκες και 7% έως 12% στους άνδρες. Η κατάθλιψη είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής και την επιβίωση, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 12% όλων των εισαγωγών στο νοσοκομείο.⁹

Η κατάθλιψη παρουσιάζει δημογραφικές διακυμάνσεις. Η διακύμανση είναι πιο εμφανής για την ηλικία: (ενήλικες ηλικίας 75 ετών και άνω έναντι ενηλίκων ηλικίας 55-65 ετών), το φύλο (γυναίκες έναντι ανδρών), το μορφωτικό επίπεδο, (χαμηλότερη από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση έναντι της τριτοβάθμιας) και την οικογενειακή κατάσταση (διαζευγμένοι ή χωρισμένοι έναντι παντρεμένων).¹⁰ Η έναρξη της νόσου μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία εμφάνισης είναι συνήθως στα μέσα της τρίτης δεκαετίας της ζωής.¹¹

Ειδικότερα ως προς την ηλικία, η κατάθλιψη είναι λιγότερο διαδεδομένη στους ηλικιωμένους συγκριτικά με τους νεότερους ενήλικες. Παρότι, τα ποσοστά αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους έχουν πτωτική τάση, ωστόσο παραμένουν υψηλότερα συγκριτικά με τους νεότερους ενήλικες και συνδέονται στενότερα με την κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ενήλικες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν γνωστικές αλλαγές, και σωματικά συμπτώματα συγκριτικά με τους νεότερους ενήλικες. Οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στην ανάπτυξη κατάθλιψης στο τέλος της ζωής περιλαμβάνουν πιθανώς πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικής ευαλωτότητας και άλλων νευροβιολογικών αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία.¹²

Ειδικότερα, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι η τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και συμβάλλει σημαντικά στην πρόωρη θνησιμότητα από αυτοκτονία.¹³ Αυτή η χρόνια κατάσταση έχει εκτιμώμενο επιπολασμό στη διάρκεια της ζωής 14.6% και 11.1% σε χώρες υψηλού και χαμηλού-μεσαίου εισοδήματος, αντίστοιχα.¹⁴

Υπολογίζεται ότι περίπου 35 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ θα βιώσουν ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης στη διάρκεια της ζωής τους, με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης πρώτης εκδήλωσης.¹⁵

Επιπλέον, η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι η κύρια πηγή αναπηρίας παγκοσμίως και σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής και αυξημένη νοσηρότητα. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να ενέχει υψηλότερο κίνδυνο για πολλές μη μεταδοτικές ασθένειες όπως για παράδειγμα, σακχαρώδης διαβήτης, παχυσαρκία, εγκεφαλικό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, άνοια ενώ αυτές οι χρόνιες συνθήκες υγείας φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης.¹⁴

Επιπλέον, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας σε διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων ατόμων στην κοινότητα, εσωτερικών-εξωτερικών ασθενών και ασθενών με συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις.¹⁴ Αναλυτικότερα, ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε χρόνιες παθήσεις έχει ως εξής: άσθμα (27%), ατοπική δερματίτιδα (5%), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (24.6%), ουρική αρθρίτιδα (20%), ρευματοειδής αρθρίτιδα (15%), συστηματικός ερυθματώδης λύκος (22%) και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (30%).⁹ Τα άτομα με αναπηρίες στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ελλάδα έχουν 2.8 και 2.2 φορές, αντίστοιχα περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα χωρίς αναπηρίες.¹⁶ Η κατάθλιψη επίσης συνυπάρχει συχνά με άλλες καταστάσεις ψυχικής υγείας που μπορεί να σχετίζονται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας.¹⁴

Η ύπαρξη κατάθλιψης στη ζωή κάθε ατόμου συνεπάγεται σημαντική σωματική και οικονομική επιβάρυνση. Επιπλέον, ο συνδυασμός χρόνιων παθήσεων και κατάθλιψης σχετίζεται με υψηλό έμμεσο κόστος λόγω της απώλειας της παραγωγικότητας και της ανεργίας. Σε γενικές γραμμές, οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στη ζωή του ατόμου, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου των αυτοκτονιών, καθιστά την κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα που απαιτεί άμεση αναγνώριση και αντιμετώπιση. Η ψυχική υγεία μπορεί να επηρεάσει τη σχέση

επαγγελματιών υγείας-ασθενούς και το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχομένη φροντίδα.⁹

Δυστυχώς φαίνεται ότι, η κατάθλιψη δεν αποτελεί προνόμιο μόνο του ενήλικου πληθυσμού αλλά αντιθέτως αφορά άτομα νεαρής ηλικίας. Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της κατάθλιψης ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μεταξύ των μαθητών ποικίλουν στη βιβλιογραφία από 1.4% έως 73.5% και εκείνες του αυτοκτονικού ιδεασμού κυμαίνονται από 4.9% έως 35.6%.¹⁷

1.1. Ταξινόμηση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη δεν είναι μόνο συχνή διαταραχή στην ψυχιατρική επιστήμη αλλά επίσης και στη γενική ιατρική. Παρότι ο Ιπποκράτης είχε ήδη αναφερθεί στην κατάθλιψη ωστόσο φαίνεται ότι στη σύγχρονη εποχή αποτελεί διαταραχή που εξακολουθεί να επηρεάζει τον άνθρωπο.

Παρότι πολλά άτομα έχουν βιώσει θλίψη κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους ωστόσο αυτό δε σημαίνει πάντα ότι βιώνουν κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό η κατάθλιψη πρέπει να διαφοροποιείται από τη θλίψη. Δεδομένου ότι συχνά επικρατούν δυσκολίες ή ασάφειες ως προς τη διάγνωση, θα πρέπει η κατάθλιψη να διαφοροποιείται από τα εξής:

- **Καταθλιπτικό συναίσθημα:** Είναι κάθε αρνητικό αίσθημα που βιώνει το άτομο σε μια δεδομένη χρονική στιγμή το οποίο εξαρτάται από τις παρούσες καταστάσεις της ζωής του.
- **Καταθλιπτική συναισθηματική διάθεση:** Είναι η εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων τα οποία διαρκούν για μεγάλη χρονική περίοδο και δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου επιδρά αρνητικά στην καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου
- **Καταθλιπτική διαταραχή:** Στην περίπτωση αυτή, η ύπαρξη καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης αποτελεί κυρίαρχο σύμπτωμα. Η διαταραχή αυτή απαιτεί συστηματική διερεύνηση με αξιολόγηση των συμπτωμάτων

Οι καταθλιπτικές διαταραχές περιλαμβάνουν σχηματισμό συμπτωμάτων τα οποία συσχετίζονται και έχουν συγκεκριμένη πορεία και έκβαση. Η κατάθλιψη δομείται στις εξής διαφορετικές διαστάσεις: σωματική, συμπεριφορική, συναισθηματική, γνωστική και λειτουργική.¹⁸

Η συναισθηματική είναι δυνατόν να επηρεάζει τη λειτουργική κατάσταση του ατόμου ωστόσο δεν τροποποιείται λόγω εξωτερικών συνθηκών. Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί μείωση του ενδιαφέροντος ακόμη και στις περιπτώσεις όπου συμβαίνουν αρνητικά γεγονότα στη ζωή του ατόμου. Τονίζεται ότι, οι αλλαγές σε αυτή τη διάσταση ποικίλουν από ήπια μορφή μέχρι σημαντική μείωση του συμπαθητικού τόνου. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου μπορεί να παρατηρηθεί αρνητική συγκινησιακή διέγερση.¹⁸

Η συμπεριφορική διάσταση χαρακτηρίζεται από δυσκολία του ατόμου να επιτελέσει ακόμα και απλές πράξεις. Σε αυτή τη διάσταση το άτομο έχει την τάση να χρονοτριβεί, να μην αναλαμβάνει ευθύνες και γενικότερα παρατηρείται δυσκολία λήψης αποφάσεων.¹⁸

Στη σωματική διάσταση παρατηρείται ανορεξία, σημαντική απώλεια της ενέργειας και κόπωση. Σε αυτή τη διάσταση, οι διακυμάνσεις του βάρους ποικίλουν από υποσιτισμό έως αύξηση, το οποίο επιβαρύνει τη συννοσηρότητα. Επιπλέον, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν διαταραχές του ύπνου, μειωμένη σεξουαλική ζωή ή και αμηνόρροια.¹⁸

Στη γνωστική διάσταση επικρατούν αρνητικές απόψεις του ατόμου για τον ίδιο τον εαυτό του και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές στη σκέψη μέχρι παραληρητικές ιδέες. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που επικρατεί απαισιοδοξία, αυτοκτονικός ιδεασμός και αδυναμία επίλυσης προβλημάτων, όπως επίσης διαταραχές της μνήμης, της συγκέντρωσης και της προσοχής. Όσον αφορά στη λειτουργική κατάσταση διαταράσσεται η λειτουργικότητα του ατόμου στο σύνολο με αποτέλεσμα φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία, μείωση της επαγγελματικής απόδοσης και αδυναμία ανάληψης ρόλων.¹⁸

Οι κύριες μορφές καταθλιπτικών διαταραχών συνοψίζονται ως εξής:

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η οποία εκδηλώνεται με ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία επιδρούν στην καθημερινή ζωή του ατόμου, όπως ο ύπνος, η εργασία και η απόλαυση οποιασδήποτε πρωτότερης ευχάριστης δραστηριότητας στη ζωή. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι έντονο και μεγαλύτερης διάρκειας. Το επεισόδιο αυτού του τύπου κατάθλιψης δύναται να εμφανιστεί μία φορά, αλλά συνήθως εμφανίζεται περισσότερες από μία.¹⁹

Δυσθυμική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται ως χρόνια καταθλιπτική διάθεση που επηρεάζει το άτομο τις περισσότερες μέρες, για περίοδο τουλάχιστον 2 ετών. Στη διαταραχή αυτή δεν παρατηρείται σημαντική απώλεια της

λειτουργικότητας, ωστόσο το άτομο λόγω της μακροχρόνιας διαταραχής, μπορεί να μη λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό.¹⁹

Διπολική διαταραχή I και II, στην οποία τα άτομα βιώνουν περιόδους κατάθλιψης και ευφορίας, η οποία είναι γνωστή ως μανία και χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, διεγερτική συμπεριφορά, επιταχυνόμενο ρυθμό ομιλίας, που συνοδεύεται από διαταραχές σκέψης ή περιόδους υπομανίας. Η υπομανία θεωρείται σύνδρομο που μοιάζει με τη μανία αλλά χαρακτηρίζεται ως λιγότερο σοβαρό και δεν επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου σε τέτοιο βαθμό. Αντιθέτως, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η υπομανία αυξάνει τη λειτουργικότητα και αυτή η περίοδος εκλαμβάνεται ως θετική από το ίδιο το άτομο.¹⁹

Το κύριο σύμπτωμα της διπολικής διαταραχής τύπου I, γνωστό ως μανιοκαταθλιπτική ασθένεια, είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων μανιακών ή μεικτών επεισοδίων. Η διπολική διαταραχή τύπου II χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων κύριων καταθλιπτικών επεισοδίων που συνυπάρχουν με τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπομανίας, το οποίο δεν επηρεάζει την κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα. Η συμπεριφορά αυτών των ατόμων δε χαρακτηρίζεται προβληματική από την παρατήρηση τρίτων προσώπων αντιθέτως θεωρούνται άτομα με ιδιαίτερη ζωτικότητα.¹⁹

Κυκλοθυμική διαταραχή, το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας είναι η χρόνια κυμαινόμενη διαταραχή της διάθεσης. Για χρονική περίοδο τουλάχιστον δύο ετών υπάρχουν πολλές περιόδους υπομανιακών συμπτωμάτων καθώς και πολλές περιόδους καταθλιπτικών συμπτωμάτων που δεν πληρούν τα κριτήρια για να χαρακτηριστούν ως μανιακό ή μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.¹⁹

Λοιπές καταθλιπτικές διαταραχές. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει: α) προεμμηνορρυσιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά την περίοδο πριν από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως, β) ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που δεν έχουν την ίδια σοβαρότητα με τη μείζων καταθλιπτική διαταραχή, γ) υποτροπιάζουσα βραχυχρόνια καταθλιπτική διαταραχή στην οποία τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως σημαντικά αλλά δεν διαρκούν αρκετά για να πληρούν τα κριτήρια μείζων καταθλιπτικής διαταραχής και δ) σύνδρομο μετά-ψυχωτικής κατάθλιψης, στο οποίο η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων εμφανίζεται ως συνέχεια του ψυχωτικού επεισοδίου.¹⁹

Ακόμα και στα πλαίσια που χαρακτηρίζουν κάθε τύπο, υπάρχουν διαφορές τόσο στον αριθμό των συμπτωμάτων όσο και στη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους.¹⁹

Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό περίπου του 30% των ατόμων νεαρής ηλικίας και του 50% των ενηλίκων που βιώνουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, αναμένεται να παρουσιάσει ένα φαινόμενο υποτροπής, ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας.^{20,21}

1.2. Αιτίες της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη μπορεί να θεωρηθεί ως το συλλογικό αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την ιδιαιτερότητα κάθε ατόμου ξεχωριστά. Δεν υπάρχει καμία συγκεκριμένη αιτία της κατάθλιψης.¹⁹

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή που οφείλεται σε δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Φαίνεται ότι υπάρχει μείωση της σεροτονινεργικής και νοραδρεναργικής δραστηριότητας στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και κατά συνέπεια διαταραχή της νευρομεταβιβαστικής λειτουργίας. Η ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης σχετίζεται με ενεργοποίηση του μεταιχμιακού συστήματος (κυρίως του αμυγδαλοειδούς πυρήνα), του προμετωπιαίου φλοιού, του ραβδωτού σώματος και του θαλάμου. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί η άποψη ότι, η ενεργοποίηση του αμυγδαλοειδούς πυρήνα σχετίζεται πρωταρχικά με την εμφάνιση της νόσου. Η κληρονομικότητα φαίνεται να συμμετέχει στην εκδήλωση της κατάθλιψης καθώς έχει παρατηρηθεί ότι στο 15% των συγγενών πρώτου βαθμού των ατόμων που βιώνουν κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη είναι νόσος της εγκεφαλικής λειτουργίας που σχετίζεται με διαταραχές νευρομεταβιβαστικών συστημάτων (του σεροτονινεργικού και του νοραδρενεργικού) και υπερδραστηριότητα ορισμένων νευρικών ομάδων (του αμυγδαλοειδούς πυρήνα και άλλων περιοχών του μεταιχμιακού συστήματος, του προμετωπιαίου φλοιού και του θαλάμου).^{22,23,24}

Σύμφωνα με το μοντέλο πυροδότησης (Kindling model), υποστηρίζεται ότι ένα αγχωτικό συμβάν μπορεί να μεταβάλλει τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών, προκαλώντας το πρώτο επεισόδιο μιας διαταραχής της διάθεσης. Τα αρχικά επεισόδια δύνανται να πυροδοτηθούν από ψυχοκοινωνικό αίσθημα άγχους σε άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση. Ο εγκέφαλος του ατόμου καθίσταται όλο και περισσότερο ευαίσθητος με την πάροδο του χρόνου, με τελικό αποτέλεσμα την ύπαρξη επεισοδίων διαταραχών της διάθεσης χωρίς την παρουσία ερεθισμάτων. Το

μοντέλο πυροδότησης εξηγεί την αυξανόμενη συχνότητα των επεισοδίων με την πάροδο του χρόνου.¹¹

Για την εκδήλωση της νόσου συνευθύνονται γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Επιπλέον, ορισμένες σωματικές παθήσεις είναι δυνατόν να ευθύνονται για την εμφάνιση κατάθλιψης, όπως: α) ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος (νόσος του Πάρκινσον, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας και ενδοκρινικές και μεταβολικές ασθένειες), β) λοιμώξεις που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και γ) ορισμένες μορφές καρκίνου, συνηθέστερα εκείνος του παγκρέατος. Επιπροσθέτως, ορισμένα φάρμακα όπως η κορτιζόνη και η κατανάλωση ουσιών όπως το αλκοόλ και η κάνναβη δύνανται να προκαλέσουν κατάθλιψη.¹⁹

Ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες θεωρούνται ότι εμπλέκονται έως κάποιο βαθμό (μεγαλύτερο ή μικρότερο) στην εκδήλωση αυτής της νόσου. Κοινωνικές καταστάσεις όπως συγκρούσεις ή ματαιώσεις επιφέρουν μια ευρεία διαταραχή στην ομοιοστασία κάθε οργανισμού. Στρεσογόνες ή ψυχοπιεστικές καταστάσεις συντελούν στη γένεση της ψυχοπαθολογίας. Οι κυριότεροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση της κατάθλιψης είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, η απώλεια της εργασίας, οι δυσλειτουργικές σχέσεις, ο χωρισμός και ο αποχωρισμός, προβλήματα οικονομικής φύσεως ή άλλα δυσάρεστα συμβάντα ζωής. Ψυχοπιεστικά γεγονότα που διαρκούν στο χρόνο ασκούν περισσότερο αρνητική επίδραση στη ψυχική υγεία. Μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή ενός ατόμου είναι δυνατόν να πυροδοτήσει την πιθανότητα νόσησης από κάποια ψυχική διαταραχή. Ο βαθμός ευαλωτότητας στο στρες και γενικότερα η απόκριση του ατόμου ευθύνεται ως ένα σημείο για την εκδήλωση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα. Η ύπαρξη χαρακτηριστικών δυσλειτουργικής προσωπικότητας όπως εσωστρέφεια, κοινωνικό άγχος, προδιαθέτουν συνδήλωση κατάθλιψης.²²⁻²⁴

Σύμφωνα με τη θεωρία του Beck, ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει ένα καταθλιπτικό άτομο τον κόσμο χαρακτηρίζεται από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα. Ιδιαίτερα στον τομέα της αρνητικής αυτοαντίληψης, το άτομο χαρακτηρίζει τον εαυτό του ως ανεπαρκή, αναξιόπιστο, ανεπιθύμητο και ελαττωματικό καθώς αισθάνεται κατώτερο από τους άλλους στον τομέα των σωματικών, ψυχολογικών, διανοητικών, ηθικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Στο πλαίσιο της αρνητικής αντίληψης για τον κόσμο, το καταθλιπτικό άτομο βλέπει το περιβάλλον του ως ιδιαίτερα απαιτητικό και δυσπρόσιτο σε σχέση με τις ατομικές του

φιλοδοξίες και ταυτόχρονα αισθάνεται απορριπτέος από αυτόν. Το καταθλιπτικό άτομο πιστεύει ότι το μέλλον είναι σκοτεινό και αρνητικό, χωρίς να έχει την ευκαιρία να βιώσει ευχάριστες καταστάσεις ή απλά να βιώσει χαρούμενα γεγονότα.¹⁹

Πρόκειται για μια αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών παραγόντων και προσωπικής προδιάθεσης που εκφράζονται στο συγκεκριμένο κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον που διαβιώνει το άτομο. Όλες αυτές οι πτυχές συνεπικουρούν στην εκδήλωση της ψυχικής νόσου.²²⁻²⁴

1.3. Διάγνωση

Η διάγνωση της κατάθλιψης απαιτεί την εφαρμογή αποδεκτών διαγνωστικών κριτηρίων, τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και τη συστηματική και λεπτομερή ψυχιατρική αξιολόγηση. Κάποιες φορές, η κατάθλιψη είναι έκδηλη στο περιβάλλον του ασθενή από την αλλαγή στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης, στην απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης.¹¹ Όσο πιο έντονη είναι η συναισθηματική αυτή διάθεση τόσο περισσότερο η κατάσταση τείνει προς την παθολογική πλευρά.²⁵

Τα νεότερα, διεθνώς αναγνωρισμένα συστήματα ταξινόμησης περιλαμβάνουν την αναθεωρημένη τέταρτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου για ψυχικές διαταραχές Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), που προτάθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, και η δέκατη έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων, ICD-10, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.²⁵

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια των DSM-IV-TR και ICD-10, τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν: την καταθλιπτική διάθεση, τη σημαντική απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες ή ακόμη και την ανηδονία ενώ στα δευτερεύοντα συμπτώματα συγκαταλέγονται: η μειωμένη δραστηριότητα, η κόπωση, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα ενοχής, οι σκέψεις θανάτου, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η απόπειρα αυτοκτονίας, η δυσκολία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, η ψυχοκινητική βραδύτητα ή ανησυχία, οι διαταραχές του ύπνου με αϋπνία ή υπερυπνία, οι διαταραχές της όρεξης με συχνή μεταβολή του σωματικού βάρους.²⁶

Η σοβαρότητα του επεισοδίου καθορίζεται με βάση τον αριθμό των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, απαιτούνται τέσσερα συμπτώματα για ήπια κατάθλιψη,

έξι για μέτρια και οκτώ για τη σοβαρή κατάθλιψη.²⁷ Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, η διάγνωση απαιτεί ταυτόχρονη συνύπαρξη τουλάχιστον πέντε από τα συνολικά εννέα συμπτώματα (δύο κύρια και επτά δευτερεύοντα συμπτώματα) χωρίς να προσδιορίζεται η σοβαρότητα.²⁶

Σύμφωνα με την στατιστική ταξινόμηση νόσων και σχετικών προβλημάτων υγείας, ICD-10, απαιτούνται τουλάχιστον τέσσερα, έξι ή επτά συμπτώματα να συνυπάρχουν προκειμένου να διαγνωστεί ήπια, μέτρια ή σοβαρού επιπέδου κατάθλιψη, αντίστοιχα. Η διάγνωση ενός ήπιου ή μέτριου επεισοδίου απαιτεί μειωμένη δραστηριότητα ή αίσθημα ήπιας κόπωσης εάν απουσιάζουν και τα δύο κύρια συμπτώματα ενώ απαιτούνται και τα τρία που προαναφέρθηκαν για τα σοβαρά επεισόδια. Η διάγνωση βασίζεται στην παρουσία συμπτωμάτων για μια περίοδο δύο εβδομάδων και προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία.²⁶

Δεδομένου ότι, η διαταραχή αυτή μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, γενετικών και ψυχικών, κοινωνικών παραγόντων, τότε πρέπει όλοι αυτοί να εντάσσονται στο γενικότερο πλαίσιο της διάγνωσης. Πρέπει να τονιστεί ότι όλα τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, παραπέμπουν στη νόσο αν παρουσιαστούν αιφνίδια και καταδείξουν μια αλλαγή στη συμπεριφορά του ατόμου.¹¹

Είναι σπουδαίο να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη συχνά υποτιμάται ή υποδιαγιγνώσκεται στην καθημερινή κλινική πρακτική καθώς είναι νόσος ιάσιμη. Δυστυχώς φαίνεται ότι μόνο το 25% των καταθλιπτικών ασθενών παραπέμπεται στους ειδικούς ψυχικής υγείας. Πολλές φορές τόσο η δυσκολία διάκρισης των παθολογικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης όσο και η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης αποτελούν λόγους για τους οποίους αυτή η νόσος παραμένει αδιάγνωστη. Επιπλέον πολλές φορές οι επαγγελματίες υγείας αποδίδουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης στη σωματική νόσο όταν συνυπάρχουν.¹⁸

1.4. Κλινική εικόνα

Ένα τυπικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι ότι διακρίνεται από συμβάντα ή παραστάσεις που επαναλαμβάνονται, δηλαδή από επεισόδια που διαρκούν από μερικές εβδομάδες έως μερικούς μήνες καθώς και ελεύθερα από συμπτώματα διαστήματα, τα οποία συνήθως διαρκούν μερικούς μήνες έως χρόνια.²⁶

Το άτομο παρουσιάζει:¹¹

- Καταθλιπτική διάθεση στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, όπως προκύπτει είτε από αυτοαναφορά του ατόμου ότι νιώθει λυπημένο, ή από παρατηρήσεις τρίτων προσώπων, εξαιρώντας τα παιδιά και τους εφήβους που χαρακτηρίζονται από την ευερεθιστότητα. Επίσης εκδηλώνεται σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες σχεδόν τις δραστηριότητες στη μεγαλύτερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, όπως φαίνεται από την αυτοαναφορά του ατόμου ή παρατηρήσεις τρίτων προσώπων
- Αξιοσημείωτη ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης
- Σημαντική απώλεια σωματικού βάρους χωρίς συνειδητή προσπάθεια δίαιτας ή αύξηση βάρους, όπως μεταβολή του βάρους σώματος περισσότερο από 5% σε ένα μήνα, ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε ημέρα
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα
- Ψυχοκινητική διέγερση με αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, που σχετίζεται σχεδόν καθημερινά με ψυχικές διεργασίες ή καθημερινή ψυχοκινητική βραδύτητα που δύναται να αντιληφθεί το περιβάλλον του ατόμου και όχι αποκλειστικά μέσω της αυτοαναφοράς
- Κόπωση και καθημερινή έλλειψη ενέργειας
- Καθημερινά συναισθήματα αναξιοσύνης και υπέρμετρης ενοχής
- Αναποτελεσματική ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης και αναποφασιστικότητα
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, όχι απλώς φόβος θανάτου, υποτροπιάζουσες σκέψεις και σχέδια αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας

Αυτή η συμπτωματολογία προκαλεί αισθητή μείωση ή αποδυνάμωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης λειτουργικότητας. Μερικοί άνθρωποι βιώνουν ένα μόνο επεισόδιο στη ζωή τους ωστόσο όσοι βιώνουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ενδεχομένως εξακολουθούν να έχουν καταθλιπτικά επεισόδια καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Παρατηρούνται περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη είναι μόνιμη. Ένα άτομο με τέτοια συμπτωματολογία αν αφηθεί χωρίς θεραπεία, τότε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για χρόνια.¹¹

Μερικοί ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη παρουσιάζουν ομοίως και μερικά ψυχωτικά συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Η ψυχωσική

κατάθλιψη προκαλεί σημαντική αναπηρία και συχνά απαιτείται εντατικότερη θεραπεία συγκριτικά με ένα καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωσικά στοιχεία.¹¹

1.5. Θεραπεία

Η θεραπεία για την κατάθλιψη περιλαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή σε συνδυασμό με την εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών, ειδικά σε περιπτώσεις μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης.^{20,21,28} Η θεραπεία της κατάθλιψης έχει ως στόχο την επίτευξη πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων καθώς και την πρόληψη των υποτροπών.¹¹

Αναλυτικότερα, η θεραπεία για την κατάθλιψη περιλαμβάνει τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την ψυχοθεραπεία, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, τη φωτοθεραπεία,¹¹ τη στέρηση του ύπνου και τον επαναλαμβανόμενο διακρανιακό μαγνητικό ερεθισμό.²⁶ Άλλες θεραπευτικές μέθοδοι περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνικές (διδασκαλία, συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία) και οργανικές (φαρμακευτικές) προσεγγίσεις.¹¹ Ωστόσο, είναι σημαντικό να χρησιμοποιηθεί ένας κατάλληλος συνδυασμός αυτών των μεθόδων, αναλόγως των αναγκών του ασθενούς.²⁷ Η επιτυχία της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης εξαρτάται από παράγοντες σχετιζόμενους με τον ψυχοθεραπευτή (ικανότητες και εμπειρία) καθώς επίσης και από παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, όπως ο τύπος και η χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων, οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ατόμου, καθώς και η ανταπόκριση σε τυχόν προηγούμενη ψυχοθεραπεία.²⁸

Προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης αποτελεί ο κίνδυνος αυτοκτονίας, και ως εκ τούτου αυτή η πιθανότητα πρέπει να εκτιμάται σε κάθε άτομο που διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη. Εξάλλου, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης πλέον αναγνωρίζονται ως η κυρίαρχη ομάδα ατόμων που αυτοκτονούν. Δυστυχώς, τέτοιες ιδέες, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι ορατές ή αφανείς, λόγω της χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών.²⁷

Ομοίως και ο κίνδυνος δολοφονίας είναι ιδιαίτερος πιθανός σε ψυχωτικού τύπου κατάθλιψη και ύπαρξη παραισθήσεων. Η οξεία ψυχωτική κατάθλιψη καθώς και η άρνηση φαγητού ή η πλήρης ανορεξία με επακόλουθη απώλεια βάρους και εξάντληση, είναι επίσης καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που πρέπει να αντιμετωπιστούν.²⁷

Ενδείξεις για νοσηλεία ενός καταθλιπτικού ασθενούς αποτελούν: α) ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή δολοφονίας, β) η έλλειψη αυτοφροντίδας, που οφείλεται σε

συμπτώματα που οδηγούν στην απραξία ή σε ψυχωτική σκέψη, γ) παθολογικές καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, όπως πιθανή ανορεξία ή και αφυδάτωση και δ) οι συνακόλουθες παθολογικές καταστάσεις των προαναφερθέντων, όπως σοβαρές καρδιακές παθήσεις που απαιτούν διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία.²⁷

Κατά την επιλογή της ατομικής μεθόδου θεραπείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ακόλουθοι παράγοντες: α) η βαρύτητα και η χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων, β) η ύπαρξη ψυχοκοινωνικών και αγχωτικών καταστάσεων, γ) η ύπαρξη συννοσηρότητας, δ) οι πολιτισμικές θεωρήσεις του ατόμου λόγω της πολυπολιτισμικής ύπαρξης της σύγχρονης κοινωνίας, ε) η επάρκεια των θεραπευτικών παραγόντων και η διαθεσιμότητά τους και στ) οι προτιμήσεις του ασθενούς.²⁸

Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση και θεραπεία καταθλιπτικών διαταραχών, ιδιαίτερος δε όταν εντοπίζονται ψυχωτικού τύπου στοιχεία.²⁷ Ηλεκτροσπασμοθεραπεία ονομάζεται η αγωγιμότητα δια μέσου του εγκεφάλου προκειμένου να προκληθούν γενικευμένοι ακούσιοι σπασμοί και πραγματοποιείται υπό γενική αναισθησία.¹¹ Η αποτελεσματικότητα αυτής της θεραπείας εμφανίζεται συχνά από την πρώτη βδομάδα με συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια την παροδική απώλεια της μνήμης.²⁶ Ο νοσηλευτής μετά την εφαρμογή της φροντίζει για τη μέτρηση των ζωτικών σημείων, την καθησύχηση του ασθενή και υποβοήθησή του να προσανατολιστεί, την καταγραφή της ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ασθενή.¹¹

1.5.1. Φαρμακευτική αγωγή

Η αγωγή διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες φαρμάκων: α) στα πρώτης γενιάς, η οποία περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και μη εκλεκτικούς αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, β) στα δεύτερης γενιάς, στην οποία ταξινομούνται επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης καθώς και αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης και γ) στα λοιπά αντικαταθλιπτικά, στα οποία συγκαταλέγονται η βουπροπιόνη, η μιρταζαπίνη, η νεφαζοδόνη και η τραζοδόνη.¹¹

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη της υποτροπής. Τα παλαιότερα και πιο συνηθισμένα είναι τα τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικά, τα οποία αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης και αυξάνουν την ποσότητα των μονοαμινών στις συνάψεις του εγκεφάλου. Χρειάζονται δύο έως τέσσερις εβδομάδες για να υποχωρήσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά την έναρξη της θεραπείας.^{11,27}

Άλλα φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, οι οποίοι είναι αποτελεσματικά αντικαταθλιπτικά μεν, άλλα χρησιμοποιούνται σπανίως δε, λόγω των σοβαρών παρενεργειών τους, με κυριότερη την υπερτασική κρίση.¹¹ Είναι προτιμότερη η συνταγογράφηση από ειδικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας.^{20,21,28}

Τα αντικαταθλιπτικά νεότερης γενιάς έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα αλλά λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες.^{11,27}

Η φαρμακευτική αγωγή απαιτεί χρόνο για να επιτύχει το μέγιστο δυνατό στόχο για όλες τις μορφές κατάθλιψης. Η αντικαταθλιπτική αγωγή διέπεται από ορισμένες βασικές αρχές με κυριότερη την αναμονή της παρέλευσης δυο τριών εβδομάδων προκειμένου να εμφανιστούν τα αποτελέσματα της θεραπείας μετά την έναρξή της. Συνίσταται η παραμονή στο θεραπευτικό σχήμα που έχει προεπιλεγεί μέχρι το προαναφερόμενο χρονικό διάστημα. Είναι σκόπιμη η λεπτομερής πληροφόρηση του ασθενούς με τη διαβεβαίωση ότι η καθυστέρηση της εμφάνισης της δράσης του φαρμάκου δε σημαίνει θεραπευτική αποτυχία.¹⁸ Μερικοί ασθενείς εμφανίζουν ανεπιθύμητες ενέργειες που δεν μπορούν να ανεχθούν ενώ κάποιοι άλλοι δεν δείχνουν δυστυχώς καμία βελτίωση.¹¹

Ωστόσο, δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή το ίδιο αποτελεσματική για όλους τους πάσχοντες, ή να είναι προφανώς πιο καλή ή αποτελεσματικότερη από τις υπολοιπες.¹¹

Τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα καθυστερούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, γεγονός που επιδεινώνει μια ήδη εγκατεστημένη κατάθλιψη.¹¹ Δεδομένου ότι, οι καταθλιπτικοί ασθενείς διατρέχουν κίνδυνο αυτοκτονίας, η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να λάβει υπόψη και την πιθανότητα χρήσης των αντικαταθλιπτικών ως μέσο αυτοκτονίας.¹¹

Ανεξαρτήτως της βαρύτητας της νόσου, οι υπάρχουσες κατευθυντήριες οδηγίες συστήνουν τις ψυχολογικές θεραπείες ως αρχική θεραπευτική επιλογή είτε ως μονή θεραπεία, στις πιο ήπιες μορφές της κατάθλιψης είτε σε συνδυασμό αυτών με φαρμακευτική θεραπεία.^{21,29,30}

1.5.2. Μη φαρμακευτική θεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές είναι ίσως η πιο κοινή προσέγγιση της κατάθλιψης. Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις παρελθοντικές εμπειρίες του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που καθορίζουν την παρούσα συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη ως σύνδρομο θεραπεύεται έμμεσα στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία λόγω βελτιωμένων διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης σε τρίτους, της ενίσχυσης των αμυντικών μηχανισμών και της συναισθηματικής ευαισθησίας, παραγωγικότητας και δημιουργικότητας. Αυτή η βελτίωση προκύπτει από τη διερεύνηση και την ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων κατά την παιδική ηλικία που επαναλαμβάνονται στη σχέση θεραπευτή-ασθενούς.²⁷

Ωστόσο, τα παραπάνω αφορούν στη μακροχρόνια ψυχοθεραπεία, η οποία είναι κατάλληλη για περιπτώσεις όπου η ζωή του ατόμου διαταράσσεται χρονικά από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του. Η βραχυπρόθεσμη ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική και να υποστηρίζει χαρακτηριστικά επείγουσας επέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων.²⁷

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης καθώς παρέχει στήριξη, εντοπίζοντας διαπροσωπικά προβλήματα και παρανοήσεις και την ευκαιρία να δοκιμαστούν νέες διαπροσωπικές τεχνικές που αυξάνουν την αυτοεκτίμηση.²⁷

Η γνωστική θεραπεία αποτελεί μια ειδική θεραπεία και τεχνική που χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερο βαθμό στη θεραπεία της κατάθλιψης. Είναι μια σύντομη ψυχοθεραπεία που στοχεύει στον εντοπισμό και στη διόρθωση των αρνητικών νοητικών προτύπων του ασθενούς που οδηγούν σε κατάθλιψη.²⁷ Η γνωστική θεραπεία στοχεύει στην καταπολέμηση των συμπτωμάτων δίνοντας ώθηση στον ασθενή να αναγνωρίσει τις αρνητικές του αντιλήψεις και θεωρήσεις.¹¹

Η συμπεριφορική θεραπεία βασίζεται στη θεωρία της μάθησης. Ο ασθενής υιοθετεί, με τη βοήθεια του θεραπευτή, θετικούς τρόπους συμπεριφοράς, αντικαθιστώντας τη δυσλειτουργική συμπεριφορά.¹¹

Οι ψυχοθεραπείες είναι ανεκτές σε μεγαλύτερο βαθμό²⁰ και η επίδραση τους ίσως είναι πιο μεγάλης διάρκειας σε σύγκριση φυσικά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.²⁹ Ωστόσο, η ευρεία χρήση τους δυστυχώς είναι περιορισμένη λόγω του κόστους και της χαμηλής διαθεσιμότητας.²⁹

Η ίαση της κατάθλιψης είναι συνθετική όπου απαιτείται εφαρμογή της κατάλληλης φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας για κάθε ασθενή.²⁵ Καμία από τις προαναφερθείσες θεραπείες δε δύναται να απαιτήσει τον τίτλο της απόλυτης θεραπείας της κατάθλιψης.²⁷

2. ΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΚΡΑΤΗΣΗΣ

Τα καταστήματα κράτησης είναι ειδικές περιφερειακές υπηρεσίες του Υπουργείου προστασίας του πολίτη τα οποία υπάγονται στη Γενική Διεύθυνση Αντιεγκληματικής και Σωφρονιστικής Πολιτικής και λειτουργούν σε επίπεδο διεύθυνσης.³¹⁻³³

Ο χαρακτηρισμός της φυλακής ως κατάστημα κράτησης αποδίδεται εν μέρει στην πρόθεση αποφυγής του στιγματισμού των κρατουμένων, αλλά αγνοεί ότι το στίγμα που προκαλείται από τη φυλάκιση δεν οφείλεται στην ονομασία τους.³⁴

Οι κρατούμενοι είναι πρόσωπα που εκτίουν ποινές στέρησης της ελευθερίας. Χαρακτηρίζονται ως κατάδικοι ή υπόδικοι και κρατούνται σύμφωνα με τις διατάξεις του Σωφρονιστικού Κώδικα. Κρατούμενοι υπόδικοι είναι πρόσωπα που εισάγονται στα καταστήματα κράτησης είτε βάσει αιτιολογημένου δικαστικού εντάλματος σύλληψης ή προσωρινής κράτησης είτε βάσει βουλεύματος δικαστικού συμβουλίου.³¹⁻³³

Ο εισαγγελέας επόπτης είναι ο δικαστικός λειτουργός ο οποίος έχει την εποπτεία στην έκτιση των ποινών ή των μέτρων ασφαλείας κατά της ελευθερίας. Ο διευθυντής είναι ο διοικητικός προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών των καταστημάτων κράτησης. Το προσωπικό αποτελείται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, εγκληματολόγους, κοινωνιολόγους και εκπαιδευτικούς.³¹⁻³³

Ανάμεσα στους κρατούμενους και στο προσωπικό των φυλακών θα πρέπει να υπάρχει κλίμα κατανόησης και αμοιβαίας εμπιστοσύνης, και θα πρέπει να παρέχεται βοήθεια στους κρατούμενους με σκοπό την επίλυση των άμεσων προσωπικών τους προβλημάτων.³¹⁻³³

Ως προς τις κατηγορίες, τα καταστήματα κράτησης ταξινομούνται σε: α) γενικά καταστήματα κράτησης τύπου Α' όπου κρατούνται οι υπόδικοι, οι κρατούμενοι για χρέη και οι κατάδικοι σε ποινή φυλάκισης και στα τύπου Β' κρατούνται όλοι οι υπόλοιποι κρατούμενοι, β) ειδικά καταστήματα είναι οι αγροτικές φυλακές, η Κεντρική Αποθήκη Υλικού Φυλακών (Κ.Α.Υ.Φ.), τα καταστήματα νέων και τα κέντρα ημιελεύθερης διαβίωσης καταδίκων και γ) τα θεραπευτικά καταστήματα που διακρίνονται σε γενικά νοσοκομεία, σε θεραπευτήρια για ψυχασθενείς και σε καταστήματα για χρήστες ναρκωτικών ουσιών.³¹⁻³³

Οι μεταγωγές κρατουμένων παραγγέλλονται: α) ύστερα από αίτηση των ιδίων για λόγους προσωπικούς, οικογενειακούς, εκπαιδευτικούς και για τοποθέτηση σε εργασία, β) ύστερα από γνωμάτευση ιατρού, γ) από τον αρμόδιο εισαγγελέα για λόγους δικονομικούς και δ) με πρωτοβουλία του Συμβουλίου Φυλακής ή του διευθυντή για λόγους σχετικούς με την ομαλή λειτουργία του καταστήματος κράτησης.³¹⁻³³

2.1. Θέματα περίθαλψης

Το «δικαίωμα στην υγεία» είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στο οποίο κάθε άτομο, δικαιούται να λάβει επαρκή υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς κάθε χώρας. Αυτό το δικαίωμα είναι η κινητήρια δύναμη για τον καθορισμό προτύπων και πρωτοκόλλων μεταχείρισης των κρατουμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χρησιμοποίησε αυτό το βασικό δικαίωμα για να δημιουργήσει έναν οδηγό που θα περιγράφει λεπτομερώς τις συνθήκες που πρέπει να δημιουργήσουν οι κυβερνήσεις για να προωθήσουν τη βέλτιστη υγεία για τους λαούς τους, δηλώνοντας συγκεκριμένα ότι, η υγειονομική περίθαλψη στις φυλακές πρέπει να βελτιωθεί για τους κρατούμενους.³⁵

Η διεύθυνση μεριμνά έτσι ώστε οι κρατούμενοι να έχουν την απαραίτητη ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα όπως και ο γενικός πληθυσμός. Κάθε κρατούμενος εξετάζεται από τον ιατρό του καταστήματος κατά την εισαγωγή του και στη συνέχεια όποτε κριθεί αναγκαίο. Σε περίπτωση χρόνιων παθήσεων έχει δικαίωμα να ζητήσει να τον παρακολουθεί ο θεράπων ιατρός του, με παρουσία του ιατρού του καταστήματος. Σε περίπτωση που ο ιατρός του καταστήματος διαφωνεί με τη διάγνωση ή τη μέθοδο θεραπείας που προτείνει ο ιατρός που επιλέγει ο κρατούμενος, καλείται αρμόδιος ιατροδικαστής ή ιατρός.³¹⁻³³

Κάθε κρατούμενος υποβάλλεται στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις με σκοπό την εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής του υγείας και κυρίως για τη διάγνωση πιθανής σωματικής ή ψυχικής ασθένειας και την παροχή της απαραίτητης ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Για κάθε κρατούμενο διερευνάται το ιστορικό του με σκοπό τη διαπίστωση της εξάρτησής του από τοξικές ουσίες, της ύπαρξης διαταραγμένης προσωπικότητας ή ειδικών αναγκών και προβλημάτων, και την παροχή της απαραίτητης ψυχολογικής και ιατρικής στήριξης καθώς και την ασφάλεια των υπολοίπων κρατουμένων.³¹⁻³³

Όσον αφορά στους λόγους υγείας, η μεταγωγή κρατούμενου με ασθένεια σε θεραπευτικά καταστήματα ή νοσηλευτικά ιδρύματα παραγγέλλεται από την Κεντρική Επιτροπή Μεταγωγών, ύστερα από πρόταση του Συμβουλίου της Φυλακής, η οποία συνοδεύεται από θετική και αιτιολογημένη γνωμάτευση του ιατρού του καταστήματος. Ο διευθυντής του καταστήματος μπορεί να αποφασίσει μεταγωγή του κρατούμενου μόνο εάν η κατάσταση κρίνεται επείγουσα ή εν απουσία ιατρού με σκοπό την αποτροπή του κινδύνου σοβαρής και μόνιμης βλάβης της υγείας του. Μέχρι τη μετακίνησή του ο κρατούμενος παραμένει σε ειδικό χώρο υπό την επίβλεψη ιατρού ή νοσηλεύτη.³¹⁻³³

Η επαναμεταγωγή του κρατούμενου στο κατάστημα κράτησης από το θεραπευτικό κατάστημα ή το νοσηλευτικό ίδρυμα παραγγέλλεται από το διευθυντή του τελευταίου αμέσως μετά την έκδοση του εξιτηρίου. Εάν απαιτείται μεταφορά κρατούμενου από θεραπευτικό κατάστημα ή νοσηλευτικό ίδρυμα σε άλλο όμοιο, προς διενέργεια ειδικών εξετάσεων ή ειδικής θεραπείας, αυτή παραγγέλλεται από τον οικείο διευθυντή. Σε περίπτωση μεταγωγής κρατούμενου για σοβαρούς ιατρικούς λόγους, ο διευθυντής του καταστήματος κράτησης ειδοποιεί αμέσως τους συγγενείς του κρατούμενου ή πρόσωπο ή αρχή που υποδεικνύει ο κρατούμενος επί απουσίας συγγενών.³¹⁻³³

Ο κρατούμενος κατά την είσοδό του στο κατάστημα κράτησης υποβάλλεται σε σωματική έρευνα και προσωπικών ειδών. Εφόσον υπάρχουν υπόνοιες ότι ο συγκεκριμένος κρατούμενος φέρει απαγορευμένες ουσίες ή άλλα απαγορευμένα είδη στο κατάστημα κράτησης, επιτρέπεται με εντολή του εισαγγελέα επόπτη η ενδοσωματική ή ακτινολογική έρευνα. Η έρευνα αυτή γίνεται μόνο από ιατρό, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής.³¹⁻³³

Κρατούμενοι οι οποίοι εκδηλώνουν κάποια ασθένεια καθώς και εκείνοι οι οποίοι παρουσιάζουν έντονες ψυχικές διαταραχές εισάγονται στο αναρρωτήριο του καταστήματος ή περιορίζονται σε ειδικό τμήμα. Εφόσον το επιβάλλει η κατάστασή τους, εισάγονται σε ειδικό θεραπευτικό κατάστημα κράτησης, όπου λαμβάνουν την απαραίτητη θεραπεία.³¹⁻³³

Κρατούμενοι ασθενείς, των οποίων η νοσηλεία δεν είναι εφικτή στα αναρρωτήρια των αντίστοιχων καταστημάτων κράτησης ή στα ειδικά θεραπευτικά καταστήματα κράτησης, μεταφέρονται σε γενικά νοσοκομεία ή σε δημόσια, δημοτικά, κοινοτικά θεραπευτήρια ή θεραπευτήρια Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, τα οποία τους παρέχουν πλήρη νοσηλευτική και φαρμακευτική περίθαλψη.

Για τις συγκεκριμένες μετακινήσεις εντός του ίδιου καταστήματος χρειάζεται γνωμάτευση του ιατρού του καταστήματος. Κρατούμενοι, οι οποίοι ανακαλύπτεται ότι είναι εξαρτημένοι από τοξικές ουσίες, υποβάλλονται σε καθεστώς ειδικών διατάξεων, και τηρούνται οι βασικές εγγυήσεις θεραπευτικής αντιμετώπισης. Κρατούμενοι, που πιθανώς πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα, τίθενται σε περιορισμό σε ειδικό χώρο του καταστήματος, με απόφαση του διευθυντή και τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού, για το απαραίτητο χρονικό διάστημα, μέχρι την οριστική διάγνωση.³¹⁻³³

Αναφορικά με την ενημέρωση της κατάστασης της υγείας, κάθε κρατούμενος έχει ατομικό δελτίο υγείας, στο οποίο καταχωρούνται ιατρικά στοιχεία, όπως ο χρόνος που διενεργήθηκε η ιατρική εξέταση, η σχετική διάγνωση, η θεραπεία που προτάθηκε, καθώς και το ονοματεπώνυμο, η ειδικότητα και η υπογραφή του ιατρού που εξέτασε τον κρατούμενο. Το δελτίο αυτό τοποθετείται στο αρχείο του ιατρείου και συνοδεύει τον κρατούμενο σε κάθε μεταγωγή του. Σε κάθε κατάσταση φυλάσσεται μητρώο ιατρικών εξετάσεων του κάθε κρατούμενου, στο οποίο αναγράφονται ο χρόνος εξέτασης, η αγωγή που ακολουθήθηκε και τα φάρμακα που χορηγήθηκαν. Για τις πληροφορίες του συγκεκριμένου δελτίου και μητρώου είναι ενημερωμένος ο κρατούμενος ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του, ο αρμόδιος δικαστικός λειτουργός και τα υπόλοιπα αρμόδια όργανα του καταστήματος.³¹⁻³³

Όσον αφορά στις ιατρικές πράξεις, απαγορεύεται η διεξαγωγή διαφόρων ιατρικών ή άλλων συναφών πράξεων, με τις οποίες κινδυνεύει η ζωή, η σωματική ή ψυχική υγεία ή προσβάλλεται η αξιοπρέπεια και η προσωπικότητα του κρατουμένου, ακόμη και αν ο ίδιος συμφωνεί με τη διεξαγωγή τους. Κάθε ιατρική πράξη, χειρουργική επέμβαση ή θεραπευτικό σχήμα σε κρατούμενο επιτρέπεται μόνο με τη συγκατάθεσή του. Σε περίπτωση που ο κρατούμενος αδυνατεί ή αρνείται να συναινέσει σε ιατρική πράξη, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την υγεία του, ο αρμόδιος δικαστικός λειτουργός δίνει εντολή για τη λήψη των κατάλληλων μέτρων. Πάντα, διασφαλίζεται το απόρρητο των ιατρικών πράξεων.³¹⁻³³

Ο κρατούμενος που υποστηρίζει ότι ξεκινάει απεργία πείνας έχει το δικαίωμα να καλέσει τον ιατρό του καταστήματος ή της επιλογής του για να τεκμηριωθεί η κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής του υγείας. Μετά τη συγκεκριμένη δήλωση ο διευθυντής σε συνεργασία με τον ιατρό του καταστήματος παίρνει τα κατάλληλα μέτρα για την παρακολούθηση και την προστασία του σε ειδικό χώρο του καταστήματος. Αν κατά τη διάρκεια της απεργίας ο ιατρός θεωρήσει

ότι ο απεργός χρειάζεται πιο ειδική ιατρική παρακολούθηση, ζητεί με αιτιολογημένη γνωμάτευσή του τη μεταγωγή του απεργού σε θεραπευτικό κατάστημα.³¹⁻³³

Ο θάνατος κρατουμένου πιστοποιείται από ιατρό του καταστήματος ή του νοσοκομείου στο οποίο επήλθε ο θάνατος. Ο Διευθυντής γνωστοποιεί το θάνατο του κρατουμένου στην αστυνομία, καθώς και στην οικογένεια του. Σε περίπτωση θανάτου αλλοδαπού κρατουμένου, ειδοποιεί την πρεσβεία ή την Προξενική Αρχή της χώρας του στην οποία και παραδίδει τη σορό του.³¹⁻³³

2.1.1. Καθήκοντα υγειονομικού προσωπικού

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ακολουθεί τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και δεοντολογίας, τις διατάξεις του Σωφρονιστικού Κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού και νοσηλευτικού επαγγέλματος. Ειδικότερα το υγειονομικό προσωπικό:³¹⁻³³

- Παρέχει τις υπηρεσίες του με βάση το συμφέρον του ασθενή κρατουμένου και καλύπτει τις ανάγκες του με σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση
- Σέβεται την ιδιωτική ζωή του ασθενή και αποφεύγει κάθε πράξη που μπορεί να προσβάλει τον απόρρητο χαρακτήρα των κάθε είδους πληροφοριών που λαμβάνει κατά την άσκηση των καθηκόντων του
- Προστατεύει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή κρατουμένου και εμποδίζει με κάθε τρόπο οποιαδήποτε μορφή παραβίασής τους
- Φροντίζει τον ασθενή κρατούμενο με σκοπό την καλύτερη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία.

2.2. Δικαιώματα κρατουμένων

Κάθε στοιχείο που αφορά κρατούμενους (όνομα, ηλικία, επαγγελματική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, ιατρικό και κοινωνικό ιστορικό, ιθαγένεια, ποινική κατάσταση κ.λπ.) ανήκει στην κατηγορία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Πρόσβαση στα στοιχεία αυτά έχουν οι δικαστικές αρχές, τα αρμόδια όργανα του καταστήματος κράτησης και οι υπηρεσίες του Υπουργείου. Ενημέρωση σχετικά με αυτά τα στοιχεία έχουν οι κρατούμενοι που ενδιαφέρονται ή οι νόμιμοι εκπρόσωποί τους και τα τρίτα πρόσωπα τα οποία έχουν έννομο συμφέρον ύστερα από άδεια του αρμόδιου εισαγγελέα. Η συλλογή και επεξεργασία αυτών των στοιχείων απαγορεύεται, εκτός εάν πραγματοποιούνται αποκλειστικά για ερευνητικούς και

επιστημονικούς σκοπούς, με τον όρο ότι είναι ανώνυμα και τηρούνται όλα τα κατάλληλα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων στα οποία αναφέρονται.³¹⁻³³

Κατά την εκτέλεση της ποινής οι κρατούμενοι έχουν δικαίωμα:³¹⁻³³

- Να διασφαλίζεται ο σεβασμός της αξιοπρέπειάς τους
- Να έχουν ίση μεταχείριση. Ειδική μεταχείριση σχετικά με τις συνθήκες κράτησης, δικαιολογείται μόνο για κρατούμενους με ειδικές ανάγκες που έχουν προβλήματα υγείας
- Να απευθύνονται εγγράφως σε κάθε δημόσια αρχή και να ζητούν έννομη προστασία από τα δικαστήρια
- Να αποστέλλουν αναφορές ή επιστολές σε διεθνείς οργανισμούς
- Να λαμβάνουν νομική βοήθεια
- Να ψηφίζουν, εφόσον δεν τους έχει απαγορευτεί
- Να διαμένουν σε ατομικό κελί εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες τους και το επιτρέπουν οι κτιριακές συνθήκες του καταστήματος.
- Να λαμβάνουν ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα
- Να εξετάζονται από τον ιατρό του καταστήματος κατά την εισαγωγή τους και στη συνέχεια όποτε κρίνεται απαραίτητο
- Να παρακολουθούνται, από ιατρούς της επιλογής τους με παρουσία του ιατρού του καταστήματος αν το ζητήσουν
- Να έχουν μαζί τους το παιδί τους, αν είναι μητέρες, μέχρι την ηλικία των τριών ετών, σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο
- Η σωματική έρευνα να διενεργείται σε συγκεκριμένο χώρο από δύο υπαλλήλους του ιδίου φύλου έτσι ώστε να μη θίγεται η αξιοπρέπειά τους
- Να περπατούν ή να ασκούνται ατομικά στον προαύλιο χώρο τουλάχιστον μια ώρα την ημέρα
- Να δέχονται επισκέψεις συζύγου και συγγενών

Οι κρατούμενοι εκπαιδεύονται από κατάλληλο προσωπικό, με σύγχρονες επιστημονικές μεθόδους και προγράμματα, σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο. Κάθε κρατούμενος δικαιούται να εκπαιδεύεται, να επιμορφώνεται και να ενημερώνεται με ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, με βιβλία, εφημερίδες, περιοδικά, ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές εκπομπές, κινηματογραφικές προβολές, διαλέξεις, σεμινάρια, συζητήσεις κλπ.³¹⁻³³

Η διδασκαλία των διάφορων μαθημάτων επιμόρφωσης και επαγγελματικής κατάρτισης πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια των συγκεκριμένων ωρών εργασίας και η παρακολούθηση τους από τους κρατούμενους θεωρείται μέρος της υποχρέωσης τους για εργασία. Οι κρατούμενοι δικαιούνται να αθλούνται για μια ώρα τουλάχιστον κάθε μέρα, υπό την επίβλεψη φυλάκων και γυμναστών, στα προαύλια του καταστήματος ή σε γήπεδα και σε στεγασμένους χώρους άθλησης που βρίσκονται εκτός των χώρων κράτησης. Απαιτείται ενίσχυση κάθε ικανότητας των κρατούμενων η οποία θα τους καταστήσει υπεύθυνα άτομα κατά την επιστροφή στην κοινωνία.³¹⁻³³

Η πειθαρχία και η τάξη εφαρμόζονται με αποφασιστικότητα, αποφεύγονται όμως περιορισμοί που δεν είναι απαραίτητοι για την ασφαλή κράτηση και την τήρηση της πειθαρχίας και της τάξης στις φυλακές. Οι ομαδικές τιμωρίες απαγορεύονται, εκτός από τις περιπτώσεις: ομαδικής ανυπακοής, σύρραξης και ομαδικής παραβίασης των κανόνων λειτουργίας των φυλακών. Η σωματική τιμωρία, η τιμωρία με τοποθέτηση κρατούμενου σε σκοτεινό κελί και κάθε άλλη σκληρή, απάνθρωπη ή εξευτελιστική τιμωρία απαγορεύονται. Δεν δίνεται το δικαίωμα άσκησης οποιασδήποτε πειθαρχικής εξουσίας σε άλλους κρατούμενους.³¹⁻³³

2.3. Η ζωή στη φυλακή

Τα σωφρονιστικά ιδρύματα αποτελούν γενικά πολύπλοκους και ιδιαίτερους χώρους. Οι παραβάτες που αποστέλλονται στη φυλακή εισέρχονται σε έναν περίπλοκο κοινωνικό κόσμο αξιών και κανόνων οι οποίοι συνήθως καθιστούν της κρατούμενους υποταγμένους στο σύστημα. Η συναισθηματική και ψυχολογική επιβίωση εξαρτάται εν μέρει από την ικανότητα του κάθε κρατούμενου να ανέχεται τόσο της συνθήκες όσο και της στερήσεις της φυλακής. Ωστόσο, οι περισσότεροι κρατούμενοι προέρχονται από φτωχότερες ή περισσότερο κοινωνικά ευάλωτες τάξεις της κοινωνίας και κατά συνέπεια έχουν μεγαλύτερες ανάγκες υγείας.³⁶ Ο «πόλεμος κατά των ναρκωτικών» της δεκαετίας του 1980 οδήγησε σε αύξηση των συλλήψεων που σχετίζονται με τα ναρκωτικά και των υποχρεωτικών νόμων καταδίκης.³⁷ Κάποιες φορές η φυλακή μπορεί να αποτελεί το χειρότερο προορισμό καθώς μειώνει αναμφισβήτητα της πιθανότητες επιστροφής των παραβατών στην κοινωνία σε τέτοια κατάσταση που να επιτρέπει την κατά το δυνατόν καλύτερη συνέχιση της ζωής της.

Η υγεία των φυλακισμένων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες (θεσμικοί, περιβαλλοντικοί, πολιτικοί, οικονομικοί και κοινωνικοί) της της από παράγοντες που αφορούν της της ως της τη σωματική και διανοητική κατάσταση. Η υγεία στη φυλακή

καθορίζεται ως ένα βαθμό από τον τρόπο που οι κρατούμενοι ανταποκρίνονται στη φυλάκιση (ψυχολογικές πιέσεις, κόσμος της φυλακής). Ως φορείς αδυναμίας και στέρησης, οι φυλακές συνιστούν την αντίθεση της υγιούς περιβάλλοντος. Τα διαφορετικά επίπεδα της φυλακής επηρεάζουν την υγεία των κρατουμένων, όπου οι ανισότητες στην υγεία εντάσσονται στη λειτουργία του ίδιου του συστήματος φυλακών. Φαίνεται ότι, κάθε ενέργεια της για παράδειγμα η διαχείριση της κατάχρησης ναρκωτικών, της αυτοκτονίας και του αυτοτραυματισμού, κατευθύνεται στον περιορισμό και στη θεραπεία παρά στην πρόληψη.^{37,38}

Τα προβλήματα υγείας προκύπτουν άμεσα από συνθήκες φυλάκισης, όπως υπερπληθυσμός, έκθεση σε βία και παράνομα ναρκωτικά, έλλειψη σκόπιμης δραστηριότητας, διαχωρισμός από οικογενειακά δίκτυα και συναισθηματική στέρηση. Το κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο, οι παιδικές εμπειρίες, τα αγχωτικά γεγονότα στη ζωή, οι δυσμενείς εμπειρίες στη φυλακή και οι εμπειρίες θυματοποίησης εντός και εκτός φυλακής έχουν επίσης συνδεθεί άμεσα με ορισμένες νευρωτικές διαταραχές, αυτοτραυματισμό, αυτοκτονία, επιληψία, άσθμα, στεφανιαία νόσο, οδοντιατρική νοσηρότητα και μολυσματικές ασθένειες ενώ άλλοι παράγοντες που έχουν αναγνωριστεί ως ιδιαίτερα δύσκολοι περιλαμβάνουν την εγκυμοσύνη και την αναπηρία.^{37,38}

Ο τρόπος ζωής της φυλακής είναι αυστηρός με συγκεκριμένες ώρες για φαγητό, ύπνο, λήψη φαρμάκων, για θεσμικούς λόγους, παρακολούθηση εργασιών, αναψυχή ή άλλα δομημένα προγράμματα ή και μετακίνηση από το ένα μέρος της φυλακής στο άλλο. Οι κανόνες της φυλακής είναι αυστηροί και άκαμπτοι και η παραβίαση των κανόνων αντιμετωπίζεται συχνά με διαχωρισμό ή ανάκληση προνομίων.³⁷

Σε γενικές γραμμές, η φυλακή είναι επιβλαβής διότι στερεί τα άτομα από βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και ανάγκες, συνεπάγεται σωματική, ψυχική και κοινωνική επιβάρυνση και καθιστά τους κρατουμένους ως ιδιαίτερα αδύναμους. Είναι ευρέως γνωστό, ότι η φυλάκιση είναι συνώνυμη με την στέρηση και ότι κάθε στέρηση έχει σημαντικές σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις για τα άτομα. Επιπλέον, η κοινωνική ζωή των φυλακών οργανώνεται και ακολουθεί έναν κανονιστικό «κώδικα φυλακής», ο οποίος διαμορφώνει τους κανόνες και τη συμπεριφορά στη φυλακή. Συνήθως ο κώδικας περιγράφεται ως ένα σύστημα το οποίο ακολουθούν οι κρατούμενοι και είναι εμφανές στις στάσεις και τις συμπεριφορές τους. Συγκεκριμένα οι κρατούμενοι ενδέχεται να προβάλλουν ένα

«σκληρό» πρόσωπο που φαίνεται να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τη φυλακή, να καταστείλει και να αρνηθεί το φόβο, την αδυναμία ή τα βάσανα, να αποφύγει τη συνεργασία με το προσωπικό της φυλακής και να υπερασπιστεί την αξία του όταν αυτή αμφισβητείται. Το κοινωνικό καθεστώς διέπεται από την πίστη στον κώδικα και ως εκ τούτου την πίστη στους συγκρατούμενους. Κατά συνέπεια, η κοινωνική ζωή των φυλακών οργανώνεται από ιεραρχίες όπου σκληροί «επαγγελματίες» ή βίαιοι παραβάτες καταλαμβάνουν το ανώτερο στρώμα ενώ το μεσαίο στρώμα καταλαμβάνεται από την πλειοψηφία.³⁶

Η κλειστή κοινωνία της κάθε φυλακής μοιράζεται τους πολιτιστικούς κανόνες και τις αξίες των κοινωνιών υποδοχής του κάθε κρατούμενου. Οι σημερινές φυλακές δεν είναι εντελώς κλειστά συστήματα, έχουν όμως διαπερατά όρια και παροδικούς πληθυσμούς και αντιπροσωπεύουν τους μικρόκοσμους της ευρύτερης κοινωνίας. Το υπόβαθρο των φυλακισμένων συμβάλλει δε διαφορετικό βαθμό στις ικανότητές τους να αντιμετωπίσουν τη φυλάκιση. Μερικά άτομα ξεκινούν τις ποινές φυλάκισης με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας που μπορεί ακόμη και να επιταχύνουν την εγκληματική τους συμπεριφορά, για παράδειγμα εάν έχουν εξάρτηση από ναρκωτικά ή διαταραχή της προσωπικότητας.^{36,37}

Ωστόσο, πολλοί κρατούμενοι έρχονται στη φυλακή με κακή σωματική ή ψυχική υγεία λόγω του ότι είχαν προηγουμένως μειωμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, ελάχιστο κίνητρο για ανάληψη πρόληψης για την υγεία και με ιστορίες επικίνδυνων τρόπων ζωής.³⁶ Δεδομένου ότι η φυλακή έχει για κάποιους προκαθορισμένο χρόνο παραμονής ανάλογα με την καταδίκη, η προετοιμασία για την απελευθέρωση οφείλει να ξεκινά την πρώτη ημέρα της φυλάκισης. Μετά την αποφυλάκιση οι κρατούμενοι θα πρέπει να διάγουν βίο χωρίς παραβατικές συμπεριφορές και εγκλήματα.^{36,37}

Παραμβατικά προγράμματα όπως εκπαίδευση, επαγγελματική κατάρτιση, θεσμικές εργασίες, θεραπεία κατάχρησης ουσιών, διαχείριση θυμού, παροχή συμβουλών και άλλα προγράμματα διδάσκουν τους κρατούμενους βασικές δεξιότητες απαραίτητες για την επιτυχή επανένταξη της κοινότητας. Ο στόχος των προγραμμάτων είναι να μετατρέψουν τους κρατούμενους σε νόμιμους πολίτες. Η ενσωμάτωση δομημένων προγραμμάτων, όπως αυτά που απευθύνονται σε άτομα με προβλήματα κατάχρησης ουσιών ή και ψυχικής ασθένειας, αποτελεί μια γέφυρα για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Ο στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι να συμβάλουν στην αποκατάσταση της υγείας των κρατουμένων.³⁷

Τη στιγμή της σύλληψης, περισσότερο από το ένα τρίτο των κρατουμένων που είχαν διάγνωση ψυχικής υγείας ήταν υπό την επήρεια ουσιών.³⁸

3. ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ο επιπολασμός της κακής ψυχικής υγείας μεταξύ των κρατούμενων είναι σημαντικά πιο υψηλός συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας των καταστημάτων κράτησης, πρέπει να βασίζονται στις ανάγκες υγείας του εκάστοτε πληθυσμού κρατούμενων με πιο εντατικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες από ότι αυτές της ευρύτερης κοινότητας. Οι κρατούμενοι με προβλήματα ψυχικής υγείας επωφελούνται σε μεγάλο βαθμό από την υψηλού επιπέδου φροντίδα στις φυλακές. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας στους κρατούμενους σχετίζονται κυρίως με τα εξής: προβλήματα κατάχρησης τοξικών ουσιών, φτωχή σωματική υγεία, μαθησιακές δυσκολίες, τραυματικές βιωματικές εμπειρίες, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, ασταθής στέγαση ή έλλειψη στέγης, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και περιορισμένη εργασιακή εμπειρία.³⁵

Παρόλο που τα παραπάνω θέματα δεν εμπίπτουν στο πεδίο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης ή ψυχικής υγείας, κρίνονται ως ζωτικής σημασίας για την ψυχική υγεία των κρατούμενων, την ανάρρωσή τους και τη μετέπειτα πορεία τους. Συνεπώς, για την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας θα πρέπει να αντιμετωπιστούν όλες οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των κρατούμενων.³⁵

Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να έχει το κατάλληλο επίπεδο κατάρτισης και ευαισθητοποίησης για την ψυχική υγεία, το οποίο θα πρέπει να καλύπτει τις ειδικές ανάγκες των κρατούμενων με ψυχικές διαταραχές. Όλοι οι νεοεισερχόμενοι κρατούμενοι χρειάζεται να υποβάλλονται σε μια σειρά δοκιμασιών ψυχικής υγείας κατά την είσοδο στο κατάστημα κράτησης διότι μερικοί κρατούμενοι πάσχουν ήδη από ψυχικά νοσήματα και μπορεί να ωφεληθούν από την εισαγωγή σε ψυχιατρική μονάδα είτε στη φυλακή ή σε νοσοκομείο. Επίσης, οι ψυχικές ανάγκες των κρατούμενων ποικίλουν στις διάφορες ομάδες, όπως είναι οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι, οι ανήλικοι και οι προερχόμενοι από μειονοτικές ομάδες. Παράλληλα, οι αλλοδαποί κρατούμενοι συχνά χρειάζεται να αντιμετωπίζονται διαφορετικά.³⁵

Το σωφρονιστικό σύστημα οφείλει να ανιχνεύσει άμεσα τους νέους κρατούμενους με ψυχικές διαταραχές, ακολουθώντας τα εξής:³⁵

- Αναζήτηση συμπτωμάτων κακής ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν
- Έλεγχο της παρούσας κατάστασης ψυχικής υγείας
- Έλεγχο για προβλήματα εθισμού

- Αναζήτηση σημείων προηγηθέντα τραυματισμού στο κεφάλι
- Αναζήτηση αποδείξεων μαθησιακής δυσκολίας
- Αξιολόγηση χαρακτηριστικών διαταραχής της προσωπικότητας
- Αναζήτηση ενδείξεων διαταραχής του αυτιστικού φάσματος
- Προηγηθέντα κοινωνικά προβλήματα
- Αναφορά στις πτυχές του αδικήματος, καθώς ορισμένα αδικήματα μπορούν να αυξήσουν τον κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας και να οδηγήσουν σε αυτοτραυματισμούς ακόμη και σε απόπειρα αυτοκτονίας.

Οι πηγές πληροφοριών που μπορούν να χρησιμοποιηθούν περιλαμβάνουν τους ίδιους μαζί με τις γραπτές αναφορές και πληροφορίες που συγκεντρώνονται από το περιβάλλον τους. Για τους νεότερους έγκλειστους, οι γονείς μπορούν να είναι πολύ σημαντική πηγή πληροφόρησης.³⁵

Η συνεχόμενη παροχή υγειονομικής φροντίδας κρίνεται απαραίτητη για έναν κρατούμενο κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού του. Η αποκατάσταση της ψυχικής του υγείας στις υγειονομικές υπηρεσίες των φυλακών συμβάλει στην κοινωνική επιστροφή του, στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ελλειμμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας σε συνεργασία με τις υγειονομικές υπηρεσίες εντός των καταστημάτων κράτησης πρέπει να μεριμνούν για όσους αποφυλακίζονται για τη μετέπειτα συνέχιση της θεραπείας τους.³⁵

Θα πρέπει να δοθεί έμφαση όχι μόνο στη ψυχική ασθένεια αλλά και στην κοινωνική επανένταξη. Η διατήρηση των δεσμών μεταξύ του κρατούμενου και της οικογένειάς του είναι σημαντική για την ψυχική υγεία του ιδίου και για μια επιτυχημένη επιστροφή στην κοινωνία κατά την απελευθέρωσή του. Η διεργασία αυτή μπορεί να ωφελήσει και την οικογένεια, η οποία συμπάσχει με τον έγκλειστο σε αυτήν τη δύσκολη φάση της ζωής του. Επιπρόσθετα, μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα στα άτομα που αποφυλακίζονται, οδηγώντας σε μείωση των πιθανοτήτων επιδείνωσης της ασθένειας και του κινδύνου υποτροπής, υποπίπτοντας σε νέα ποινικά αδικήματα.³⁵

Ιδιαίτερα σοβαρός είναι ο αντίκτυπος της φυλάκισης στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου. Ο φυλακισμένος χρειάζεται κάποιον για να μιλήσει και να του παρέχει ψυχολογική υποστήριξη όταν το χρειαστεί. Όταν ο κρατούμενος λάβει μια κακή είδηση από το οικογενειακό του περιβάλλον η πιθανότητα μιας αναμενόμενης κρίσης είναι δυνατόν να μειωθεί όταν παρέχεται η δυνατότητα συνομιλίας με

κάποιον που μπορεί να του προσφέρει στήριξη. Τις περισσότερες φορές οι κρατούμενοι αναγνωρίζουν τη σημασία των φαρμάκων και της υποστήριξης όταν πραγματικά το χρειάζονται.³⁵

Ως ισοδυναμία παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη φυλακή ορίζεται εκείνη που είναι ίδια με εκείνη που παρέχεται στην κοινότητα. Λίγα συστήματα το επιτυγχάνουν, αλλά υποστηρίζεται ότι αυτό ως στόχος δεν είναι κατάλληλος, διότι οι πληθυσμοί των φυλακών δεν αντικατοπτρίζουν επακριβώς την κοινότητα που τους περιβάλλει.³⁵

Αντιθέτως, οι φυλακές αντιπροσωπεύουν κοινότητες όπου ο επιπολασμός όλων των ασθενειών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών ασθενειών, είναι πολύ υψηλότερος από ότι στην κοινότητα. Ως αναμενόμενο, αυτό απαιτεί πιο εντατικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες, συγκρινόμενες πάντα με αυτές της ευρύτερης κοινωνίας.³⁵

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του προφίλ (χαρακτηριστικά) και της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών.

Επιμέρους στόχοι:

E1. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά κρατούμενων ανδρών

E2. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά της κράτησης

E3. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των κρατούμενων ανδρών

E4. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με την κακοποίηση που είχαν υποστεί πριν την κράτηση

E5. Η συσχέτιση της κατάθλιψης με την αυτοκτονικότητα κρατούμενων ανδρών.

1.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 101 κρατούμενοι άνδρες σε σωφρονιστικό κατάστημα του νομού Αττικής κατά τη χρονική περίοδο Ιανουαρίου- Φεβρουαρίου 2021. Οι κρατούμενοι είχαν ψυχιατρική διάγνωση. Το συγκεκριμένο δείγμα κρατούμενων ήταν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample).

Κριτήρια για την ένταξη των κρατούμενων στη μελέτη ήταν: α) να κατανοούν την Ελληνική γλώσσα και β) να υπάρχει διαθέσιμος μεταφραστής σε περίπτωση μη Ελληνικής υπηκοότητας. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν : α) να είναι επιθετικοί β) να μη συνεργάζονται στη συμπλήρωση των δεδομένων και γ) να κρατούνται σε κελί απομόνωσης.

Οι κρατούμενοι που πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου έδωσαν γραπτή πληροφορημένη συγκατάθεση αφού πρώτα είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της μελέτης.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία της συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τις απογευματινές ώρες, όταν οι συμμετέχοντες δεν είχαν καμία άλλη δραστηριότητα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης σε ιδιωτικό χώρο όπου κάθε κρατούμενος προσέρχονταν ξεχωριστά. Η διαδικασία συλλογής διήρκεσε περίπου είκοσι λεπτά.

Ηθική και Δεοντολογία

Η μελέτη ξεκίνησε αφού έγινε αποδεκτή από το Συμβούλιο φυλακής και πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με την Διακήρυξη του Ελσίνκι (1989) του Παγκόσμιου Ιατρικού Συνδέσμου. Η παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβε άδεια στη συνεδρίαση 73 / 17-12-2020 που κατέχει ο ερευνητής.

1.2.Εργαλείο μέτρησης

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “Self-rating Depression Scale (SDS)-Zung” στην οποία συμπεριελήφθησαν τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

1.2.1. Χαρακτηριστικά κρατούμενων ανδρών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη συγκεντρώθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κρατούμενων. Πιο συγκεκριμένα καταγράφηκαν: η ηλικία, ο τόπος διαμονής πριν την κράτηση, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα πριν τη φυλάκιση, η χώρα καταγωγής, εάν είχαν παιδιά, εάν είχαν αδέρφια και εάν είχαν πάει στρατό.

Χαρακτηριστικά σχετικά με την κράτηση

Επιπλέον, συγκεντρώθηκαν στοιχεία αναφορικά με την κράτηση των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, καταγράφηκαν τα εξής: επίσκεψη από άλλους, αίτια κράτησης, διάρκεια κράτησης, εργασία κατά την κράτηση, πρωτότερη κράτηση, σωματική δραστηριότητα, ώρες παραμονής στο κελί ημερησίως, κράτηση σε κελί απομόνωσης, επιθυμία απομόνωσης από άλλους κρατούμενους και η διαταραχή κατά την εισαγωγή στο σωφρονιστικό κατάστημα.

Κλινικά χαρακτηριστικά και συνήθειες των κρατούμενων

Ως προς ιστορικό διερευνήθηκαν τα εξής, χρόνιο νόσημα, μεταδιδόμενο νόσημα, ψυχιατρικό ιστορικό, ιστορικό εξάρτησης ουσιών, ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλειών, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ πριν την κράτηση, ικανοποίηση από την κατάσταση υγείας.

Χαρακτηριστικά σχετικά με την κακοποίηση πριν την κράτηση

Επιπλέον συγκεντρώθηκαν τα εξής, ανάμνηση γεγονότων θυμού-στενοχώριας, σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική κακοποίηση.

Αυτοκτονικότητα

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τα εξής: φόβο για το θάνατο, εάν είχαν σκεφτεί ή αν είχαν κάνει σχέδια να κάνουν κακό στον εαυτό τους, αν είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας, εάν είχαν αυτοτραυματιστεί και αν θεωρούσαν καλύτερο να είχαν πεθάνει.

1.2.2. Μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα “Self-rating Depression Scale (SDS)-Zung”.³⁹ Η κλίμακα SDS αποτελείται από 20 ερωτήσεις που αξιολογούν το πώς αισθάνονταν οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Οι ερωτώμενοι έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Σε κάθε μία από τις διαβαθμίσεις της τετράβαθμης κλίμακας αποδίδονται βαθμοί από 1-4. Η βαθμολογία που αποδίδεται στις ερωτήσεις αθροίζονται οδηγώντας σε μια τελική βαθμολογία κατάθλιψης. Υψηλότερες τιμές βαθμολογίας υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Η κλίμακα Self-Rating Depression Scale-Zung παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία (Cronbach’s alpha 0.84) και αποτελεσματική εσωτερική εγκυρότητα. Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα.³⁹⁻⁴¹

1.3. Στατιστική Ανάλυση

Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται με απόλυτες και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσο και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR). Τα κριτήρια Kruskal-Wallis και Mann-Whitney χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο σκορ της κατάθλιψης και των χαρακτηριστικών των κρατούμενων, εφόσον τα σκορ δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (ελέγχθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov και γραφικά με Q-Q plots).

Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση εφαρμόστηκε για την εκτίμηση της επίδρασης των παραγόντων στην κατάθλιψη των κρατούμενων. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με β συντελεστές παλινδρόμησης και 95% Διαστήματα εμπιστοσύνης (ΔΕ). Ως στατιστικά σημαντικό θεωρήθηκε το παρατηρούμενο επίπεδο σημαντικότητας 5%. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την έκδοση 25 του προγράμματος SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1. Περιγραφικά αποτελέσματα

2.1.1 Χαρακτηριστικά κρατούμενων ανδρών

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ειδικότερα, παρατηρείται ότι, το 51.5% των κρατούμενων ήταν ηλικίας μικρότερης των 40 ετών. Το 54.5% ήταν άγαμοι, το 57.4% είχε δευτεροβάθμια εκπαίδευση, το 19.8% ήταν άνεργοι, το 43.6% έμεναν στην Αττική. Ελληνική καταγωγή είχε το 84.2% των κρατούμενων. Το 60.4% δεν είχε παιδιά, το 85.1% είχε αδέρφια ενώ στρατό είχε πάει το 65.3%.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	N (%)
Ηλικία	
17-20	6(5.9%)
21-30	16(15.8%)
31-40	30(29.7%)
41-50	29(28.7%)
51-60	16(15.8%)
>60	4(4.0%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος	20(19.8%)
Άγαμος	55(54.5%)
Διαζευγμένος	23(22.8%)
Χήρος	2(2.0%)
Συμβίωση	1(1.0%)
Μορφωτικό Επίπεδο	
Πρωτοβάθμια	22(21.8%)
Δευτεροβάθμια	58(57.4%)
Τριτοβάθμια	15(14.9%)
Αναλόγως	6(5.9%)
Επάγγελμα	
Άνεργος	20(19.8%)
Δημόσιος υπάλληλος	5(5.0%)
Ιδιωτικός υπάλληλος	29(28.7%)
Ελεύθ. Επαγγελματίας	42(41.6%)
Συνταξιούχος	5(5.0%)
Διαμονή	
Αττική	44(43.6%)
Πρωτεύουσα Νομού	20(19.8%)
Μικρή πόλη	16(15.8%)
Ύπαιθρος	21(20.8%)
Χώρα καταγωγής	
Ελλάς	85(84.2%)
Αλβανία	8(7.9%)
Βουλγαρία	3(3.0%)
Πακιστάν	1(1.0%)
Αφρική	1(1.0%)
Πολωνία	1(1.0%)
Αρμενία	1(1.0%)
Συρία	1(1.0%)
Αριθμός παιδιών	
0	61(60.4%)
1	11(10.9%)
2	21(20.8%)
>2	8(7.9%)
Έχετε αδέρφια (ναι)	86(85.1%)
Έχετε πάει στρατό (ναι)	66(65.3%)

Στον Πίνακα 2 τα στοιχεία που παρουσιάζονται αφορούν στην κράτηση. Το 62.4% δεχόταν επίσκεψη, το 45.5% είχε διαπράξει ανθρωποκτονία, το 38.6% είχε ισόβια κάθειρξη, το 39.6% είχε ψύχωση, το 36.6% είχε πρωτότερη κράτηση, το 50% δεν ακολουθούσε καμία σωματική δραστηριότητα, εργαζόταν κατά την κράτηση το 39.6%, το 70.3% περνούσε τις περισσότερες ώρες της ημέρας στο κελί, το 74.3% είχε παραμείνει σε κελί απομόνωσης για κάποιο χρονικό διάστημα, το 40.6% επιθυμούσε απομόνωση από άλλους κρατούμενους.

Πίνακας 2: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της κράτησης (n=101)	
Χαρακτηριστικά κράτησης	N (%)
Σας επισκέπτεται κάποιος/α (Ναι)	63 (62.4%)
Αίτια κράτησης	
Οικονομικά	2(2.0%)
Κλοπή -ληστεία	17(16.8%)
Διακίνηση ναρκωτικών	7(6.9%)
Απόπειρα ανθρωποκτονίας	11(10.9%)
Σωματικές βλάβες	10(9.9%)
Ανθρωποκτονία	46(45.5%)
Βιασμός	7(6.9%)
Διακίνηση μεταναστών	1(1.0%)
Συνολική διάρκεια ποινής (έτη)	
Υπόδικος	21(20.8%)
<-10	24(23.8%)
>10	17(16.8%)
Ισόβια	39(38.6%)
Διαταραχή κατά την εισαγωγή	
Τοξικομανία	18(17.8%)
Αγχώδεις διαταραχές	8(7.9%)
Ψύχωση	40(39.6%)
Διαταραχές συμπεριφοράς	13(12.9%)
Συναισθηματική διαταραχή	14(13.9%)
Διαταραχές προσωπικότητας	8(7.9%)
Πρωτότερη κράτηση	37(36.6%)
Εργασία κατά την κράτηση	40(39.6%)
Κάνετε σωματική δραστηριότητα	
Ναι	25(25.0%)
Όχι	50(50.0%)
Κάποιες φορές	25(25.0%)
Ώρες παραμονής στο κελί ημερησίως	
Περισσότερες	71(70.3%)
Λιγότερες	30(29.7%)
Ήσασταν σε κελί απομόνωσης	
Ναι	75(74.3%)
Όχι	26(25.7%)
Επιθυμήσατε απομόνωση από άλλους κρατούμενους	
Ναι	41(40.6%)
Όχι	53(52.5%)
Κάποιες φορές	7(6.9%)

Στον πίνακα 3 παρατηρείται ότι το 14.9% είχε κάποιο χρόνιο νόσημα, το 11.9% είχε κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα (75% ηπατίτιδα), το 74.3% είχε ψυχιατρικό ιστορικό, το 58.4% είχε ιστορικό εξάρτησης ουσιών, το 53.4% είχε ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλειών, το 85.1% ήταν καπνιστές, το 35.6% κατανάλωνε αλκοόλ πριν την κράτηση και το 41.6% δήλωσε αρκετά ικανοποιημένοι από την κατάσταση της υγείας του.

Πίνακας 3: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των κρατούμενων (n=101)	
Κλινικά χαρακτηριστικά / συνήθειες	N (%)
Πάσχετε από χρόνιο νόσημα (ναι)	15(14.9%)
Έχετε μεταδιδόμενο νόσημα (ναι)	12(11.9%)
Ποιο μεταδιδόμενο νόσημα έχετε	
HIV	3(25.0%)
Ηπατίτιδα	9(75.0%)
Έχετε ψυχιατρικό ιστορικό (ναι)	75(74.3%)
Έχετε ιστορικό εξάρτησης ουσιών (ναι)	59(58.4%)
Έχετε ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλειών (ναι)	54(53.4%)
Είστε καπνιστής (ναι)	86(85.1%)
Κατανάλωση αλκοόλ πριν την κράτηση	
Ναι	36(35.6%)
Όχι	24(23.8%)
Κάποιες φορές	41(40.6%)
Ικανοποιημένος από την κατάσταση υγείας	
Πολύ	25(24.8%)
Αρκετά	42(41.6%)
Λίγο-καθόλου	34(33.6%)

Στον πίνακα 4 παρατηρείται ότι το 54.5%, το 12.9% και το 59% είχε υποστεί σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση, αντίστοιχα. Το 76.2% ανέφερε ότι θυμάται γεγονότα θυμού-στενοχώριας.

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κακοποίηση (n=101)	
Κακοποίηση	N (%)
Θυμάστε γεγονός θυμού - στενοχώριας (ναι)	77(76.2%)
Έχετε κακοποιηθεί σωματικά (ναι)	55(54.5%)
Έχετε κακοποιηθεί σεξουαλικά (ναι)	13(12.9%)
Έχετε κακοποιηθεί ψυχολογικά (ναι)	59(59.0%)

Στον πίνακα 5 αναφέρονται τα χαρακτηριστικά που αφορούν την αυτοκτονικότητα. Το 31.7% δήλωσε ότι φοβάται το θάνατο, το 42.6% θεωρούσε ότι θα ήταν καλύτερο αν πέθαινε, το 35.6% είχε σκεφτεί να κάνει κακό στον εαυτό του και το 35.6% είχε κάνει σχέδια να κάνει κακό στον εαυτό του, το 38.6% είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και το 42.6% είχε αυτοτραυματιστεί.

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την αυτοκτονικότητα (n=101)	
Αυτοκτονικότητα	N (%)
Φοβάστε το θάνατο	
Ναι	32(31.7%)
Όχι	49(48.5%)
Κάποιες φορές	20(19.8%)
Θα ήταν καλύτερα αν πέθαινες	
Ναι	43(42.6%)
Όχι	38(37.6%)
Κάποιες φορές	20(19.8%)
Έχεις σκεφτεί να κάνεις κακό στον εαυτό σου	
Ναι	36(35.6%)
Όχι	43(42.6%)
Κάποιες φορές	22(21.8%)
Έκανες σχέδια για να κάνεις κακό στον εαυτό σου	
Ναι	36(35.6%)
Όχι	44(43.6%)
Κάποιες φορές	21(20.8%)
Έχεις κάνει απόπειρα αυτοκτονίας	
Ναι	39(38.6%)
Όχι	57(56.4%)
Δεν απαντώ	5(5.0%)
Έχεις αυτοτραυματιστεί	
Ναι	43(42.6%)
Όχι	58(57.4%)

2.1.2. Μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων ανδρών

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 6, που αφορούν στην κατάθλιψη των κρατούμενων, παρατηρείται ότι, τουλάχιστον το 50% είχε βαθμολογία μικρότερη από 45 (διάμεσος) στην κλίμακα Zung Depression scale. Επιπλέον το 25% των κρατούμενων είχε βαθμολογία μικρότερη από 42. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος της βαθμολογίας (20-80) υποδηλώνουν μέτρια επίπεδα κατάθλιψης. Η μέση τιμή της κλίμακας SDS ήταν 45.1 ± 4.1 .

Πίνακας 6: Μέτρηση της κατάθλιψης των κρατούμενων (n=101)		
	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (IQR)
Κατάθλιψη (Εύρος 20-80)	45.1(4.1)	45(42-48)

MT: Μέση τιμή, TA: Τυπική Απόκλιση, IQR: Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος

2.2. Στατιστικά αποτελέσματα

Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των κρατούμενων ανδρών

Ο πίνακας 7(α,β,γ,δ,ε) παρουσιάζει τη συσχέτιση της κατάθλιψης των κρατούμενων με τα χαρακτηριστικά τους.

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της βαθμολογίας της κατάθλιψης των κρατούμενων και την χώρα καταγωγής ($p=0.012$), το εάν έπασχαν από χρόνια νόσημα ($p=0.038$), το εάν είχαν περάσει χρόνο σε κελί απομόνωσης ($p=0.038$) και το εάν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους ($p=0.017$). Πιο συγκεκριμένα, οι αλλοδαποί κρατούμενοι είχαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 48) σε σχέση με τους Έλληνες (διάμεσος 45). Οι κρατούμενοι που έπασχαν από κάποιο χρόνια νόσημα είχαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 48) σε σχέση με αυτούς που δεν έπασχαν (διάμεσος 45). Οι κρατούμενοι που είχαν περάσει χρόνο σε κελί απομόνωσης είχαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 46) σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν σε απομόνωση (διάμεσος 43,5). Τέλος, οι κρατούμενοι που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό του είχαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (διάμεσος 46) σε σχέση με αυτούς που το είχαν σκεφτεί (διάμεσος 44).

Πίνακας 7α: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των κρατούμενων (n=101)			
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Ηλικία			0.537
<40	45.5(3.6)	45(42.5-48)	
41-50	44.7(5.5)	44(41-48)	
>50	44.6(3.3)	44.5(42.5-46.5)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.759
Έγγαμος	45.6(4.1)	46(43-48)	
Άγαμος	45.1(3.9)	45(42-48)	
Χήρος/ Διαζευγμένος	44.7(4.7)	46(41-48)	
Μορφωτικό Επίπεδο			0.221
Αναλφάβητος / Πρωτοβάθμια	46.1(3.3)	46(44-48)	
Δευτεροβάθμια	44.7(4.6)	45(41-48)	
Τριτοβάθμια	44.8(3.6)	44(43-48)	
Επάγγελμα			0.392
Άνεργος	46.0(4.4)	46(42.5-48)	
Εργαζόμενος	44.8(4.1)	45(42-48)	
Διαμονή			0.541
Αττική	45.7(4.4)	45.5(42-49)	
Πρωτεύουσα Νομού	44.4(4.0)	44.5(41.5-46.5)	
Μικρή πόλη / Ύπαιθρος	44.8(3.9)	45(43-48)	
Χώρα καταγωγής			0.012
Ελλάς	44.6(3.8)	45(42-47)	
Άλλο	47.6(4.9)	48(45-49.5)	
Παιδιά			0.360
Όχι	44.9(4.0)	45(42-47)	
Ναι	45.4(4.4)	46(42.5-48)	
Έχετε αδέρφια			0.333
Ναι	45.0(4.3)	45(42-48)	
Όχι	46.0(3.4)	47(42-48)	
Έχετε πάει στρατό			0.113
Ναι	44.6(4.1)	44(42-48)	
Όχι	46.1(4.2)	46(43-49)	

Πίνακας 7β: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά της κράτησης (n=101)			
Χαρακτηριστικά κράτησης	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Σας επισκέπτεται κάποιος			0.520
Ναι	45.3(3.9)	46(42-48)	
Όχι	44.8(4.6)	45(43-47)	
Αιτία Κράτησης			0.660
Οικονομικά/ Κλοπή/ Ληστεία	45.6(3.9)	46(42-48)	
Διακίνηση Ναρκωτικών/ Μεταναστών	46.0(5.0)	48(41.5-49.5)	
Απόπειρα ανθρωποκτονίας/ Ανθρωποκτονία	44.9(3.8)	45(42-47)	
Σωματικές βλάβες/ Βιασμός	44.8(5.2)	44(42-48)	
Συνολική διάρκεια ποινής (έτη)			0.686
Υπόδικος	45.8(4.8)	45(43-48)	
<-10	44.6(3.5)	45(41.5-47.5)	
>10	44.3(3.6)	45(41-48)	
Ισόβια	45.4(4.4)	46(42-49)	
Διάγνωση			0.418
Τοξικομανία	44.1(3.9)	45(41-48)	
Αγχώδεις διαταραχές/ Συναισθηματική διαταραχή	45.3(4.4)	46(42-48)	
Ψύχωση	44.7(4.4)	45(41.5-46)	
Διαταραχές συμπεριφοράς/ Διαταραχές προσωπικότητας/ Σχιζοφρένεια	45.8(3.7)	46(43-49)	
Εργάζεστε κατά την κράτηση			0.558
Ναι	44.7(4.1)	44.5(42-48)	
Όχι	45.4(4.2)	45(43-48)	
Πρωτότερη κράτηση πριν την παρούσα			0.069
Ναι	46.1(4.6)	47(43-49)	
Όχι	44.5(3.8)	44.5(42-47)	
Κάνετε σωματική δραστηριότητα			0.459
Ναι/ Κάποιες φορές	45.3(3.8)	46(43-48)	
Όχι	45.0(4.5)	45(42-48)	
Ώρες παραμονής στο κελί ημερησίως			0.260
Περισσότερες	44.9(4.2)	45(42-48)	
Λιγότερες	45.6(4.1)	46(43-48)	
Έσσαν σε κελί απομόνωσης			0.038
Ναι	45.6(4.3)	46(43-48)	
Όχι	43.7(3.5)	43.5(41-46)	
Επιθυμήσατε απομόνωση από άλλους κρατούμε			0.301
Ναι/ Κάποιες φορές	45.7(4.5)	45.5(42-48.5)	
Όχι	44.5(3.8)	45(42-47)	

Πίνακας 7γ: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα κλινικά χαρακτηριστικά και τις συνήθειες των κρατούμενων (n=101)			
Κλινικά χαρακτηριστικά / συνήθειες	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Πάσχετε από χρόνια νόσημα			0.038
Ναι	46.9(3.0)	48(44-48)	
Όχι	44.8(4.2)	45(42-48)	
Έχετε μεταδιδόμενο νόσημα			0.992
Ναι	44.8(3.5)	46(43-47.5)	
Όχι	45.1(4.2)	45(42-48)	
Έχετε ψυχιατρικό ιστορικό			0.211
Ναι	44.9(4.2)	45(42-48)	
Όχι	45.8(4.0)	46(44-49)	
Έχετε ιστορικό εξάρτησης ουσιών			0.838
Ναι	45.1(3.7)	45(42-48)	
Όχι	45.1(4.8)	45(42-48)	
Έχετε ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλειών			0.897
Ναι	45.1(4.1)	45.5(42-48)	
Όχι	45.2(4.2)	45(42-48)	
Είστε καπνιστής			0.625
Ναι	45.0(4.3)	45(42-48)	
Όχι	45.6(2.8)	46(44-46)	
Κατανάλωση αλκοόλ πριν την κράτηση			0.435
Ναι/ Κάποιες φορές	45.2(4.1)	45(42-48)	
Όχι	44.7(4.4)	45(41.5-47)	
Ικανοποιημένος από κατάσταση υγείας σας			0.764
Πολύ	45.6(5.1)	46(41-50)	
Αρκετά	44.9(3.2)	45(43-48)	
Λίγο / Καθόλου	45.0(4.5)	45(42-48)	

Πίνακας 7δ: Συσχέτιση της κατάθλιψης με την κακοποίηση (n=101)			
Κακοποίηση	Μέση τιμή (TA)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Έχετε κακοποιηθεί σωματικά			0.529
Ναι	45.3(4.3)	45(42-48)	
Όχι	44.9(4.0)	44.5(42-48)	
Έχετε κακοποιηθεί σεξουαλικά			0.525
Ναι	45.8(3.3)	45(44-48)	
Όχι	45.0(4.3)	45(42-48)	
Έχετε κακοποιηθεί ψυχολογικά			0.204
Ναι	44.8(4.3)	44(42-48)	
Όχι	45.7(4.0)	46(43-48)	
Θυμάστε γεγονός θυμού - στενοχώριας			0.111
Ναι	45.5(4.3)	45(42-48)	
Όχι	43.9(3.4)	43.5(41-46.5)	

Πίνακας 7ε: Συσχέτιση της κατάθλιψης με την αυτοκτονικότητα (n=101)			
Αυτοκτονικότητα	Μέση τιμή (ΤΑ)	Διάμεσος (IQR)	p-value
Φοβάστε το θάνατο			0.857
Ναι/ Κάποιες φορές	45.1(4.3)	44.5(42-48)	
Όχι	45.1(4.0)	45(42-48)	
Θα ήταν καλύτερα αν πέθαινες			0.399
Ναι/ Κάποιες φορές	44.9(4.5)	45(42-48)	
Όχι	45.5(3.5)	46(43-48)	
Έχεις σκεφτεί να κάνεις κακό στον εαυτό σας			0.017
Ναι/ Κάποιες φορές	44.4(4.6)	44(41-48)	
Όχι	46.1(3.2)	46(44-48)	
Έκανες σχέδια για να κάνεις κακό στον εαυτό σας			0.179
Ναι/ Κάποιες φορές	44.7(4.5)	44(42-48)	
Όχι	45.7(3.5)	46(43-48)	
Έχεις κάνει απόπειρα αυτοκτονίας			0.857
Ναι	45.1(5.0)	45(41-48)	
Όχι	45.2(3.7)	46(43-48)	
Έχεις αυτοτραυματιστεί			0.342
Ναι	45.6(4.8)	46(42-49)	
Όχι	44.7(3.6)	44.5(42-48)	

2.3. Εκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών των κρατούμενων ανδρών στην κατάθλιψη

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση των χαρακτηριστικών των κρατούμενων (ανεξάρτητοι παράγοντες) στην κατάθλιψη που βιώνουν (εξαρτημένη μεταβλητή).

Παρατηρείται ότι οι αλλοδαποί κρατούμενοι είχαν 2.8 μονάδες μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης σε σχέση με τους Έλληνες ($\beta=2.77$, 95%ΔΕ: 0.65-4.88, $p=0,011$). Επιπλέον, οι κρατούμενοι που έπασχαν από χρόνια νόσημα είχαν επίσης 2,8 μονάδες μεγαλύτερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που δεν έπασχαν ($\beta=2.85$, 95%ΔΕ: 0.61-5.09, $p=0,013$). Τέλος, οι κρατούμενοι που είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους είχαν επίσης 2 μονάδες χαμηλότερο σκορ κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που το είχαν σκεφτεί ($\beta=1.98$, 95%ΔΕ: -3.56--0.40, $p=0,015$).

Πίνακας 8: Συσχέτιση της κατάθλιψης με τα χαρακτηριστικά των κρατούμενων (n=101)		
Χαρακτηριστικά	β συντελεστής (95% ΔΕ)	p-value
Χώρα καταγωγής		
Ελλάς	Κατ. Αναφ.	
Άλλο	2.77(0.65-4.88)	0.011
Πάσχετε από χρόνια νόσημα		
Όχι	Κατ. Αναφ.	
Ναι	2.85(0.61-5.09)	0.013
Ήσασταν σε κελί απομόνωσης		
Όχι	Κατ. Αναφ.	
Ναι	1.23(0.55-3.00)	0.174
Έχεις σκεφτεί να κάνεις κακό στον εαυτό σου		
Όχι	Κατ. Αναφ.	
Ναι	-1.98(-3.56--0.40)	0.015

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βρέθηκε ότι, οι άνδρες κρατούμενοι βίωναν μέτρια επίπεδα κατάθλιψης. Δεδομένης της αυξητικής τάσης των ατόμων που τελούν υπό κράτηση, η σημαντικότητα αξιολόγησης της κατάθλιψης αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο σε παγκόσμια κλίμακα. Από το 2000, ο αριθμός των φυλακισμένων ατόμων αυξήθηκε κατά περίπου 30%, ποσοστό το οποίο είναι υψηλότερο από τον παγκόσμιο γενικό πληθυσμό ο οποίος αυξήθηκε κατά 20% κατά την ίδια περίοδο.¹ Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης των κρατουμένων φαίνεται να παρουσιάζει γεωγραφικές διακυμάνσεις.

Συστηματική ανασκόπηση έδειξε ποσοστό μείζονος κατάθλιψης στο 3.8% μεταξύ των κρατουμένων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.⁷ Οι Andreoli και συν.,⁴² έδειξαν ότι, το 12,3% από 1192 άνδρες κρατούμενους βίωνε κατάθλιψη στη πολιτεία Sao Paulo της Βραζιλίας μεταξύ 2006 και 2007. Συγχρονική μελέτη το 2016 στην πόλη Bahir Dar στην Αιθιοπία σε 402 κρατουμένους εκ των οποίων η συντριπτική πλειοψηφία ήταν άνδρες (n= 394) και το 76.6% του δείγματος ήταν ηλικίας 18-34 ετών έδειξε ότι, το 45.5% βίωνε κατάθλιψη.¹ Όσον αφορά στην ποινή φυλάκισης του δείγματος της ίδιας μελέτης, το 46.5% (n=187), είχαν ποινή φυλάκισης 1-5 χρόνια και το 44% (n=177) λιγότερο από ένα έτος. Οι κρατούμενοι που καταδικάστηκαν σε ποινή φυλάκισης άνω των 5 και από 1 έως 5 έτη ετών παρουσίασαν κατάθλιψη 3 και 2.3 φορές περισσότερο συχνά συγκριτικά με εκείνους που καταδικάστηκαν σε ποινή φυλάκισης μικρότερης του ενός έτους.¹ Μελέτη των Reta και συν.,⁴³ στην Αιθιοπία, σε σύνολο 336 κρατουμένων, όπου το 98% ήταν άνδρες, έδειξε ότι, το 44% (n=148) βίωνε κατάθλιψη. Υψηλότερη κατάθλιψη, βίωναν οι διαζευγμένοι, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι έχοντες ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή χρόνιας ασθένειας, όσοι είχαν αντιμετωπίσει σοβαρά αγγωτικά συμβάντα ζωής και όσοι καταδικάστηκαν για 5 έως 10 χρόνια.⁴³

Φαίνεται ότι, η κατάθλιψη συμπορεύεται με άλλες διαταραχές όπως αυτό φάνηκε από την παρούσα εργασία και τα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών. Στην παρούσα εργασία η ψύχωση βρέθηκε στο 39.6% του δείγματος (n=40), διαταραχή της συμπεριφοράς στο 12.9% (n=13), και η συναισθηματική διαταραχή στο 13.9% (n=14). Μελέτη σε 307 κρατούμενους, έδειξε ότι, ο επιπολασμός της κατάθλιψης και της ψύχωσης ήταν 50.2% και 25.9%, αντίστοιχα ενώ οι δύο καταστάσεις συνυπήρχαν στο 22.0% των περιπτώσεων.⁴⁴

Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση με δεδομένα από 24 χώρες και πληθυσμό 33.588 φυλακισμένων έδειξε κατάθλιψη και ψύχωση στο 10.2 και 3.6%, αντίστοιχα.⁴⁵ Οι Pondé και οι συν.,⁴⁶ έδειξαν ότι, σε 497 φυλακισμένους στην πόλη του Σαλβαδόρ της Βραζιλίας, το 17.6% είχε κατάθλιψη και το 18.8% είχε διπολική διαταραχή της διάθεσης. Πρωτότερη συστηματική ανασκόπηση 62 ερευνών σε φυλακές 12 χωρών στις οποίες συμμετείχαν 22.790 κρατούμενοι έδειξε ότι, μεταξύ των ανδρών, το 3.7% είχαν ψυχωτικές ασθένειες, το 10% υπέφεραν από μείζονα κατάθλιψη και το 65% είχαν διαταραχή προσωπικότητας.⁴⁷ Η κατάθλιψη φαίνεται να μην κάνει διακρίσεις ως προς την ηλικία, άνδρες κρατούμενοι νεαρής ηλικίας 14-17 ετών βίωναν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και θυμού (33% και 48%, αντίστοιχα) κατά την άφιξη στις εγκαταστάσεις της φυλακής.⁴⁸

Πλήθος παραγόντων είναι δυνατόν να σχετίζονται με την εκδήλωση κατάθλιψης σε άνδρες κρατούμενους.

Μελέτη σε 332 κρατούμενους στη Νοτιοδυτική Αιθιοπία έδειξε κατάθλιψη στο 41.9% των συμμετεχόντων εκ των οποίων το 13% είχε ήπια, το 20% μέτρια και το 9% σοβαρή κατάθλιψη. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με την κατάθλιψη ήταν το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου, η χρόνια σωματική ασθένεια, το ιστορικό προηγούμενης φυλάκισης, η έλλειψη εργασίας στη φυλακή, η χρήση αλκοόλ καθ' όλη τη διάρκεια ζωής, η άποψη ότι, η ζωή είναι δύσκολη μετά την αποφυλάκιση, η ηλικία μεταξύ 21 και 25 ετών και η φτωχή κοινωνική στήριξη.⁴⁹

Μια άλλη πιθανή εξήγηση για την υψηλή συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό είναι αφενός η ευαλωτότητα των ατόμων με κατάθλιψη σε επικίνδυνες πράξεις, αφετέρου το γεγονός ότι το περιβάλλον της φυλακής και η ανεπαρκής στήριξη ψυχικής υγείας οδηγεί σε χρόνια κατάθλιψη ή ο συνδυασμός αυτών των μηχανισμών.

Οι Alemayehu και συν.,¹ υποστηρίζουν ότι, το υψηλό ποσοστό ψυχικών διαταραχών σε αυτόν τον πληθυσμό οφείλεται σε παράγοντες όπως ο υπερπληθυσμός, η βία, η αναγκαστική απομόνωση, η έλλειψη απορρήτου και ουσιαστικής δραστηριότητας, η απομόνωση από την κοινωνική ζωή, η ανασφάλεια σχετικά με τη μελλοντική προοπτική και οι ανεπαρκείς υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις φυλακές. Οι Adraro και συν.,⁵⁰ επισημαίνουν ότι, η φύση των σωφρονιστικών ιδρυμάτων, ο ανεπαρκής χώρος, η έλλειψη βασικών υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνουν συμβουλευτική και θεραπεία για τη διαχείριση ψυχικών διαταραχών επηρεάζουν την υγεία των κρατουμένων. Σύμφωνα με τους Bedaso και συν.,² το

υψηλό ποσοστό ψυχικών διαταραχών στις φυλακές σχετίζεται με διάφορους παράγοντες που ξεκινούν από μια εσφαλμένη αντίληψη ότι όλα τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αποτελούν κίνδυνο για την κοινωνία.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φάνηκε, ότι, το 54.5% (n=55) ανέφερε σωματική κακοποίηση. Όπως υποστηρίζουν οι Baranyi και συν.,⁷ το ιστορικό παιδικής κακοποίησης είναι συχνό φαινόμενο στα άτομα που τελούν υπό κράτηση όπως επίσης η κατάχρηση ουσιών και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, αποτελούν παράγοντες που τα καθιστούν ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές. Η ύπαρξη σωματικής κακοποίησης στο ιστορικό των κρατούμενων είναι σημαντική καθώς προγενέστερες μελέτες έδειξαν ότι κρατούμενοι που πραγματοποίησαν σχεδόν θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας ήταν πιο πιθανό να έχουν βιώσει κάποιο παιδικό τραύμα, ιδιαίτερα συναισθηματική ή σωματική κακοποίηση ή συναισθηματική παραμέληση.^{51,52}

Η κακοποίηση και τα προβλήματα συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία, καθώς και διάφοροι παράγοντες κινδύνου στην οικογένεια, όπως γονεϊκές συγκρούσεις, απουσία πατρικής φιγούρας, η χρήση ουσιών στην οικογένεια και φυλάκιση γονέα, αυξάνουν την πιθανότητα για βία στην ενήλικη ζωή και κατά συνέπεια την εμπλοκή σε αξιόποινες πράξεις. Η κατά επανάληψη παραβατικότητα στην παιδική ηλικία και οι από κοινού παραβατικές πράξεις με συνομηλίκους, συνδέονται με αύξηση της βαρύτητας των παραβάσεων και παγίωση της παραβατικής δράσης. Τα κακοποιημένα αγόρια τείνουν να γίνονται συχνότερα επιθετικά ενώ αντιθέτως τα κακοποιημένα κορίτσια τείνουν να επαναλαμβάνουν τη θυματοποίηση στις σχέσεις τους ως ενήλικοι. Η σοβαρότητα της παιδικής κακοποίησης και συναισθηματικής παραμέλησης, επιφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και εμφάνιση δυσπροσαρμοστικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας.⁵³

Ομοίως, οι Yitayih και συν.,⁵⁴ έδειξαν ότι, σχεδόν τα δύο τρίτα των κρατούμενων ανέφεραν ότι είχαν βιώσει ένα τραυματικό συμβάν ενώ στη μελέτη των Apostolopoulos και συν.,⁵³ οι κρατούμενοι ανέφεραν κάποιο ψυχοτραυματικό γεγονός στη ζωή τους, σε ποσοστό 41,0%. Δεδομένων των πολλών εμποδίων στην αναζήτηση βοήθειας σε αυτόν τον πληθυσμό, η θεραπεία πρέπει να στοχεύει ταυτόχρονα πολλαπλές ψυχοπαθολογίες ύστερα από αναλυτική διερεύνηση τραυματικών γεγονότων.⁵⁴

Ως προς τη σεξουαλική κακοποίηση από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, το 12.9% ανέφερε ότι είχε υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Πρωτότερη αναδρομική

μελέτη των Johnson και συν.,⁵⁵ έδειξε υψηλό ποσοστό κρατουμένων να αναφέρουν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης παιδικής ηλικίας. Συγκεκριμένα, μελέτη σε ένα τυχαίο δείγμα 100 ανδρών σε φυλακή στο Νοτιοανατολικό Τέξας έδειξε ότι, το 59% βίωσε κάποια μορφή σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την εφηβεία και όλες αυτές οι περιπτώσεις εμφανίστηκαν πριν ή στην ηλικία των 13 ετών. Οι ίδιοι ερευνητές έδειξαν ότι το πρώτο επεισόδιο παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ξεκίνησε σε μια μέση ηλικία 9.6 ± 2.4 έτη και έληξε σε μια μέση ηλικία 13 ± 2.3 έτη.⁵⁵ Άλλη σχετική μελέτη σε ένα δείγμα 16.043 φυλακισμένων ανδρών και γυναικών στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι, οι δυσκολίες της παιδικής ηλικίας αύξησαν τον κίνδυνο κατάχρησης ουσιών. Η συχνότητα εμφάνισης της σωματικής κακοποίησης, της σεξουαλικής κακοποίησης, της ανάδοχης φροντίδας και της κατάχρησης ναρκωτικών ή αλκοόλ ήταν μεγαλύτερος για τους κρατούμενους που ανέφεραν χρήση ναρκωτικών.⁵⁶

Το 35.6% του δείγματος κατανάλωνε αλκοόλ πριν την κράτηση. Οι Haile και συν.,⁵⁷ έδειξαν ότι περίπου έξι στους δέκα κρατούμενους (59.1%) είχαν διαταραχή κατανάλωσης αλκοόλ πριν από τη φυλάκιση. Οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης μεταξύ κρατουμένων που κατανάλωναν αλκοόλ σε όλη τη διάρκεια της ζωής ήταν 3.61 φορές περισσότερο από τους κρατούμενους που δεν κατανάλωναν αλκοόλ στη διάρκεια της ζωής.⁴⁹ Η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με το οικογενειακό ιστορικό της χρήσης ουσιών. Επίσης, επικρατεί η αντίληψη ότι το αδίκημα σχετίζεται με τη χρήση μιας ουσίας. Τα άτομα κάνουν κατάχρηση αλκοόλ για να καταστείλουν ή να μειώσουν τη συναισθηματική επιβάρυνση των μετατραυματικών συμπτωμάτων και για να αντιμετωπίσουν προβλήματα ύπνου, κατάθλιψης ή αναμνήσεις. Τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μετατραυματική διαταραχή επειδή ο επικίνδυνος τρόπος ζωής τους είναι πιθανό να αυξήσει τις αγχωτικές και αρνητικές εμπειρίες ζωής. Η ευπάθεια μπορεί να επηρεαστεί από την έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισης ή από νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούνται από τη χρήση ουσιών.⁵⁴

Το έγκλημα και η χρήση ουσιών έχουν άμεση σχέση. Πιθανόν οι κρατούμενοι που έχουν διαπράξει ανθρωποκτονία ισχυρίζονται ότι το αδίκημα συνέβη ενώ ήταν υπό την επήρεια μιας ουσίας.⁵⁷ Ένας από τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι χρησιμοποιούν ουσίες είναι να αυξήσουν την εμπιστοσύνη στον εαυτό τους για διάπραξη εγκλήματος.⁵⁸ Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ έχει αναφερθεί ότι σχετίζεται με τη βία των συντρόφων.⁵⁹

Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, το 38.6% είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας και το 42% είχε αυτοτραυματιστεί. Οι θάνατοι από αυτοκτονία μεταξύ ατόμων που τελούν υπό κράτηση έχουν υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό παρόμοιων ηλικιών.⁶⁰ Τα ποσοστά αυτοκτονίας σε άνδρες κρατούμενους σε πολλές χώρες με υψηλό εισόδημα είναι περίπου τρεις έως επτά φορές υψηλότερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.⁴⁷ Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 24 χώρες με υψηλό εισόδημα κατά το χρονικό διάστημα 2013 έως 2017, έδειξε ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών σε άνδρες κρατούμενους ήταν 3-8 φορές υψηλότερα από ό, τι στον γενικό πληθυσμό.⁴⁵ Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στις φυλακές περιλαμβάνει προσεκτική εκτίμηση όπως επίσης στόχευση τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου.^{45,47,60}

Στη Γαλλία, το ποσοστό αυτοκτονίας είναι 18.5 αυτοκτονίες ανά 10.000 κρατούμενους και συγκεκριμένα είναι επτά φορές συχνότερο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου, αυτοί που σχετίζονται περισσότερο με την αυτοκτονία στη φυλακή είναι η κράτηση υπό απομόνωση, το ψυχιατρικό ιστορικό και το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας.⁶¹

Επίσης, άλλη σχετική μελέτη των Duthé και συν.,⁶² στη Γαλλία έδειξε 17.9 αυτοκτονίες ανά 10.000 άτομα. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλός σε παραμονή σε πειθαρχικό κελί και ανάλογος με την κύρια παράβαση, όπως ανθρωποκτονία, βιασμός, σεξουαλική επίθεση ή άλλο βίαιο αδίκημα. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος εάν ο εγκλεισμός πραγματοποιήθηκε μετά την ηλικία των 30 χρόνων και χαμηλότερος όταν υπήρχαν επισκέψεις από συγγενείς. Μετά την καταδίκη, ο κίνδυνος αυτοκτονίας μειώθηκε κατά το ήμισυ σε σχέση με την περίοδο προφυλάκισης. Οι αλλοδαποί έτειναν να έχουν χαμηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από τους Γάλλους κρατούμενους, με εξαίρεση εκείνους που φυλακίστηκαν για βιασμό. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος μεταξύ των κρατουμένων που είναι μόνοι στα κελιά τους ή τοποθετούνται σε πειθαρχικό κελί.⁶²

Τα θεωρητικά μοντέλα αυτοκτονίας υποδηλώνουν ότι, η αυτοκτονική συμπεριφορά είναι σπάνια το αποτέλεσμα μιας μόνο αιτίας ή ενός συμβάντος, αλλά αντιθέτως εξαρτάται από τις σωρευτικές αλληλεπιδράσεις πολλών κοινωνικών, περιβαλλοντικών, οικογενειακών και ψυχικών παραγόντων. Επιπλέον, είναι πιθανό να περιλαμβάνουν μια υποκείμενη ευπάθεια στην αυτοκτονία (που ορίζεται κυρίως από βιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά) η οποία αυξάνεται υπό την επήρεια συγκεκριμένων στρεσογόνων καταστάσεων. Στη φυλακή, αυτές οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις περιλαμβάνουν γενικές πτυχές των συνθηκών κράτησης, όπως

προσαρμογή στην κατάσταση της φυλακής, απώλεια της ελευθερίας και απομάκρυνση από ένα οικείο περιβάλλον καθώς και πιο συγκεκριμένες πτυχές της φυλακής, συμπεριλαμβανομένης της βίας, της θυματοποίησης και της έλλειψης σκόπιμης δραστηριότητας (δηλ. πρόσβαση σε δραστηριότητες που πρέπει να απασχοληθούν όπως η εργασία ή η εκπαίδευση). Η ευπάθεια των κρατουμένων σε αυτούς τους παράγοντες μπορεί με τη σειρά της να επηρεαστεί από προσωπικά χαρακτηριστικά πριν την είσοδο στη φυλακή, όπως η ψυχοπαθολογία, η σωματική ασθένεια, τα αρνητικά συμβάντα της ζωής, το ιστορικό του παιδικού τραύματος και η προσωπικότητα. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά ενδέχεται να επηρεάσουν τη γνώμη ενός ατόμου για τον εαυτό του, τις αντιλήψεις και τις προσαρμογές στο περιβάλλον.⁶³

Παρομοίως, οι Reeves και συν.,⁶⁴ υποστηρίζουν ότι, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία στη φυλακή, είναι η προηγούμενη ή τρέχουσα διάγνωση ψυχικής ασθένειας, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, το ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας, το ιστορικό βίας, η λευκή φυλή, το άρρεν φύλο, και η ισόβια κάθειρξη. Αυτοί οι παράγοντες χαρακτηρίζονται ως στατικοί διότι δεν μπορούν να τροποποιηθούν με κλινική παρέμβαση. Αντιθέτως, οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν την πρόσφατη πειθαρχική ποινή, τη σύγκρουση μεταξύ κρατούμενων, την αγωνία και πρόσφατες σκέψεις αυτοκτονίας.

Η έρευνα των Zhong και συν.,⁶⁰ το 2021 διερεύνησε σε 77 σχετικές μελέτες από 27 χώρες τους κλινικούς, θεσμικούς, εγκληματολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονία. Οι ισχυρότεροι κλινικοί παράγοντες ήταν ο αυτοκτονικός ιδεασμός κατά τη διάρκεια της τρέχουσας περιόδου στη φυλακή, το ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και η τρέχουσα ψυχιατρική διάγνωση. Οι θεσμικοί παράγοντες περιλάμβαναν την παραμονή σε μονό κελί και την απουσία επισκέψεων. Οι εγκληματολογικοί παράγοντες περιλάμβαναν το καθεστώς της προφυλάκισης, την ποινή ισόβιας κάθειρξης και την καταδίκη για βίαιο αδίκημα, ιδίως ανθρωποκτονία.

Στη Βόρειο-Ανατολική Ιταλία, δεδομένα από 16 φυλακές, με 3900 κρατούμενους κατά τη διάρκεια της περιόδου μελέτης 2010-2016, έδειξαν ποσοστά αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας 1 και 15 ανά 1000 κρατούμενοι, αντίστοιχα. Περισσότερο από το 90% των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας ήταν άνδρες ηλικίας μεταξύ 21 και 49 ετών με τους περισσότερους να έχουν διαπράξει βίαια αδικήματα. Επίσης, το 14% των αυτοκτονιών και το 19% των αποπειρών είχαν προηγούμενο ιστορικό αποπειρών αυτοκτονίας και αυτοτραυματισμού. Οι

προγνωστικοί παράγοντες της αυτοκτονικής συμπεριφοράς ήταν άνδρες κρατούμενοι σε τυπικές συνθήκες ασφαλείας, με μέση ηλικία τα 30 έτη.⁶⁵

Μετανάλυση των Favril και συν.,⁶⁶ σε 35 μελέτες από 20 χώρες, στις οποίες συμμετείχαν 663.735 κρατούμενοι, έδειξε ότι οι 24.978 (3.8%) είχαν αυτοτραυματιστεί στη φυλακή. Από τους παράγοντες κινδύνου που εξετάστηκαν, οι ισχυρότεροι συσχετισμοί με αυτοτραυματισμό στη φυλακή ήταν το προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού, ο αυτοκτονικός ιδεασμός καθ'όλη τη διάρκεια ζωής και ο προηγούμενος αυτοτραυματισμός. Οποιαδήποτε ψυχιατρική διάγνωση συσχετίστηκε με σοβαρή κατάθλιψη και οριακή διαταραχή προσωπικότητας.

Οι Radeloff και συν.,⁶⁷ υποστηρίζουν ότι, ο κίνδυνος αυτοκτονίας σχετίζεται με το ανδρικό φύλο που υπερτερεί στις φυλακές και θεωρούν ότι, οι τρεις κάτωθι πτυχές επηρεάζουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στις φυλακές. Πρώτον, οι ατομικοί παράγοντες κινδύνου που ενδέχεται να ισχύουν για τους κρατούμενους πριν από τη φυλάκιση, όπως προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας, χρήση ή εξάρτηση ναρκωτικών, ψυχιατρικές διαταραχές και παρορμητικά χαρακτηριστικά. Δεύτερον, μετά την είσοδο στη φυλακή, οι κρατούμενοι έρχονται αντιμέτωποι με έντονο στρες που οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, όπως, ο υπερπληθυσμός η αντιλαμβανόμενη έλλειψη ελέγχου στο παρόν και στο μέλλον, η απομόνωση από την οικογένεια, ο φόβος για το άγνωστο, η δυσπιστία σε ένα αυταρχικό περιβάλλον, η ντροπή ή η ενοχή για τα εικαζόμενα αδικήματα. Τρίτον, η καταδίκη σε φυλάκιση μπορεί να επιδεινώσει μια στιγμιαία κατάσταση κρίσεως, η οποία μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας κινδύνου.⁶⁷

Οι Rivlin και συν.,⁶³ συνέκριναν 60 άνδρες που είχαν διαπράξει σχεδόν θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας στη φυλακή και 60 άνδρες κρατούμενους που δεν είχαν. Όσοι είχαν διαπράξει απόπειρα αυτοκτονίας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, απελπισίας, παρορμητικότητας και επιθετικότητας και χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης και κοινωνικής στήριξης.

Ο αυτοτραυματισμός αντιπροσωπεύει σημαντικό βάρος νοσηρότητας στις φυλακές. Στην Αγγλία και την Ουαλία, τα ποσοστά αυτοτραυματισμού έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια από 264 ανά 1.000 κρατούμενους το 2004 σε 629 ανά 1.000 κρατούμενους το 2018, που αντιστοιχούν σε 52.814 περιπτώσεις. Υπολογίζεται ότι, το 5-6% των ανδρών κρατουμένων αυτοτραυματίζεται κάθε χρόνο. Από αυτούς που αυτοτραυματίζονται, περίπου το 6-7% των περιπτώσεων είναι αρκετά σοβαρά ώστε να απαιτούν μεταφορά σε εξωτερικά νοσοκομεία. Μεταξύ των δυσμενών

αποτελεσμάτων μετά από αυτοτραυματισμό, το πιο σοβαρό είναι η ολοκληρωμένη αυτοκτονία εντός της φυλακής. Στην Αγγλία και την Ουαλία, το μέσο ετήσιο ποσοστό αυτοκτονιών σε άνδρες κρατούμενους που είχαν αυτοτραυματιστεί ήταν 334 ανά 100.000 σε σύγκριση με 95 ανά 100.000 για όσους δεν είχαν αυτοτραυματιστεί. Κατά την αποφυλάκιση, διπλασιάζεται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε άτομα που έχουν αυτοτραυματιστεί στη φυλακή, σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν.⁶⁸

Οι άνδρες κρατούμενοι που αυτοτραυματίζονται επαναλαμβάνουν την προσπάθεια κατά μέσο όρο περίπου δύο φορές το χρόνο, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες είναι περίπου οκτώ φορές το χρόνο. Οι παράγοντες κινδύνου για αυτοτραυματισμό σχετίζονται με την ίδια τη φυλάκιση (προφυλάκιση, διαμονή σε μονό κελί), με ψυχικές διαταραχές και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (ύπαρξη μέλους της οικογένειας που πέθανε από αυτοκτονία και απουσία περιβάλλοντος στήριξης εκτός φυλακής).⁶⁸

Τονίζεται η σημασία του προσεκτικού σχεδιασμού αξιολόγησης του κινδύνου για όλους τους κρατούμενους που εκφράζουν αυτοκτονικές σκέψεις. Επίσης, υπογραμμίζεται η αποφυγή τήρησης κάποιων πρακτικών, όπως αποτροπή απομόνωσης σε άτομα υψηλού κινδύνου ή σε άτομα που παρουσιάζουν οξεία προβλήματα ψυχικής υγείας.⁶³

Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι, το 74.3% των συμμετεχόντων είχαν κρατηθεί σε κελί απομόνωσης. Οι συμμετέχοντες που είχαν τεθεί υπό κράτηση για κάποιο χρόνο σε κελί απομόνωσης είχαν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που δεν ήταν σε απομόνωση. Τα άτομα που κρατούνται σε κελί απομόνωσης συνήθως εμπλέκονται σε συμβάντα στη φυλακή το οποίο πιθανόν υποδηλώνει δυσκολίες στην προσαρμογή σε αυτό το περιβάλλον ή αφορά σκληρούς εγκληματίες. Εν αντιθέσει με τους άλλους κρατούμενους, όσοι παραμένουν σε πειθαρχικό κελί (απομονωτικό εγκλεισμό) διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών καθώς βιώνουν απομόνωση, αισθητηριακή αποστέρηση και υποχρεωτική απραξία τα οποία εν συνεχεία προκαλούν επιδείνωση της ψυχικής λειτουργίας. Αυτή η επιδείνωση οδηγεί σε αυτοκτονία.⁶²

Οι Reeves και συν.,⁶⁴ υποστηρίζουν ότι, οι φτωχές ικανότητες αντιμετώπισης αυξημένου στρες (παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία) είναι συχνές σε κρατούμενους που υποβάλλονται σε πειθαρχική ποινή. Τα χαρακτηριστικά ενός κρατούμενου σε συνδυασμό με τη πειθαρχική απομόνωση και τις συνθήκες που περιβάλλουν την κράτηση, αναμφίβολα συμβάλλουν στο υψηλό ποσοστό

αυτοκτονιών. Δυστυχώς, το ατομικό κελί παρέχει το απόρρητο προκειμένου να διενεργηθεί ένα σχέδιο αυτοκτονίας. Η διαμονή με άλλο συγκαταρούμενο, μειώνει τις ευκαιρίες για δράση σε αυτοκτονικές παρορμήσεις και αυξάνει την πιθανότητα διακοπής τέτοιων ενεργειών. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι κρατούμενοι ξεπερνούν αυτές τις δυσκολίες αυτοκτονώντας σε άλλα μέρη όπως ντους και μπάνια. Από την άλλη πλευρά τονίζεται ότι, η επιλογή της στέγασης (μονό ή διπλό κελί) δεν είναι υποκατάστατο της θεραπείας των καταθλιπτικών κρατουμένων. Το διπλό κελί μπορεί επίσης να αυξήσει τις ευκαιρίες για βία μεταξύ των κρατουμένων.⁶⁴

Πρωτότερη μελέτη των Way και συν.,⁶⁹ υποστηρίζει ότι, ο τύπος στέγασης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία στις φυλακές. Σχεδόν όλες οι αυτοκτονίες στις κρατικές φυλακές εμφανίζονται σε κελιά όπου οι κρατούμενοι μένουν μόνοι τους. Ανεξαρτήτως χώρου η αυτοκτονία αποτελεί ιδιωτική πράξη που συμβαίνει σχεδόν πάντα όταν το άτομο είναι μόνο του. Η πρόληψη της αυτοκτονίας στη φυλακή περιλαμβάνει διάφορα μέτρα, όπως θεραπεία ψυχικών διαταραχών, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης υπό κράτηση, κοινωνική στήριξη των κρατουμένων και υλοποίηση προγραμμάτων από τις εποπτικές αρχές της φυλακής.⁶¹

Στην παρούσα μελέτη, το 62.4% (n=63) των συμμετεχόντων δήλωσε ότι κάποιος/α τους επισκέπτονταν. Η επικοινωνία ενός κρατούμενου με το περιβάλλον εκτός φυλακής φαίνεται ότι λειτουργεί ευεργετικά. Όσο περισσότερο ένα άτομο αισθάνεται συνδεδεμένο με το κοινωνικό περιβάλλον τόσο πιο πιθανό είναι να κοινωνικοποιηθεί με τους κανόνες της ομάδας ή της κοινωνίας και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό να ακολουθήσει αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και αυτοκτονία. Στη φυλακή, αυτό το αίσθημα συνδεδετικότητας μπορεί να είναι ακόμη πιο σημαντικό καθώς η φυλάκιση έχει ήδη απομακρύνει το άτομο από την κύρια ομάδα στήριξής τους.⁶³

Από την άλλη πλευρά, η απουσία επισκέψεων μπορεί να αντικατοπτρίζει ένα φτωχό υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο, με τους άνδρες κρατούμενους που έχουν εμπλακεί σε σχεδόν θανατηφόρες απόπειρες αυτοκτονίας να έχουν μειωμένη κοινωνική στήριξη.⁶³ Στους άνδρες κρατουμένους, η προϋπάρχουσα παρορμητικότητα και επιθετικότητα ενδεχομένως να λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για αυτοκτονία, εγκληματική συμπεριφορά και έλλειψη κοινωνικών σχέσεων. Στον αντίποδα, είναι πιθανόν η ίδια η πολιτική των φυλακών να συμβάλλει στην έλλειψη κοινωνικών επισκέψεων, όπως περιοριστικές πρακτικές επίσκεψης ή παραμονή σε κατάσταση κράτησης μακριά από τα σπίτια τους.

Οι Alemayehu και συν.,¹ έδειξαν ότι, οι φυλακισμένοι που είχαν παιδιά εμφάνισαν κατάθλιψη 2.48 φορές περισσότερο συχνά από εκείνους που δεν είχαν. Οι άνδρες κρατούμενοι που συνήθως αποτελούν την πηγή του οικογενειακού εισοδήματος πριν από τη φυλάκισή τους ενδέχεται να βιώνουν άγχος ή να αισθάνονται ένοχοι ότι προκάλεσαν κοινωνικό στίγμα στα παιδιά τους λόγω του εγκλήματός τους.

Στη παρούσα μελέτη, το 39.6% του δείγματος (n=40) ανέφερε ότι εργάζεται κατά την κράτηση. Σύμφωνα με τους Abdu και συν.,⁴⁹ οι πιθανότητες ύπαρξης κατάθλιψης μεταξύ κρατουμένων που είχαν πρωτότερη φυλάκιση και όσους δεν είχαν δουλειά στη φυλακή ήταν 3.26 και 4.96 φορές υψηλότερες σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν πρωτότερη φυλάκιση και είχαν εργαστεί στη φυλακή. Οι Adraro και συν.,⁵⁰ που μελέτησαν 300 φυλακισμένους στην Αιθιοπία, έδειξαν ότι η εργασία και η μέτρια κοινωνική στήριξη αποτελούσαν προστατευτικούς παράγοντες της ψυχικής διαταραχής η οποία αφορούσε στο 62.7% του δείγματος. Το 75% των ερωτηθέντων που είχαν εργαστεί στη φυλακή ήταν λιγότερο πιθανό να επηρεαστούν από κάποια ψυχική διαταραχή.

Στην παρούσα μελέτη, το 24.8% και το 41.6% των συμμετεχόντων ήταν πολύ και αρκετά ικανοποιημένοι, αντίστοιχα από τη γενική τους υγεία, ωστόσο δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Τα άτομα που βιώνουν κατάθλιψη μπορεί να αξιολογούν αρνητικά τη συνολική τους υγεία ή τα άτομα με φτωχή συνολική υγεία ενδέχεται να αναπτύξουν κατάθλιψη.

Το 50.5% των συμμετεχόντων (n=51) δήλωσε ότι, το μεγαλύτερο άγχος τους ήταν το μέλλον μετά την έξοδο. Οι κρατούμενοι που πίστευαν ότι η ζωή μετά την αποφυλάκιση είναι δύσκολη, ήταν 2.07 φορές περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν αυτήν την άποψη.⁴⁹

Το εύρημα ότι η ανθρωποκτονία ήταν η αιτία κράτησης στο 45.5% του δείγματος συμφωνεί με τη μελέτη των Alemayehu και συν.,¹ η οποία έδειξε ότι, το 41.3% (n=160) καταδικάστηκε για διάπραξη δολοφονίας.

Τέλος, δεδομένα από τον Ελλαδικό χώρο έχουν σκιαγραφήσει το προφίλ των κρατουμένων. Μελέτη στην Ελλάδα σε δυο φυλακές όπου συμμετείχαν 1300 κρατούμενοι (ηλικίας 18 έως 77 ετών), εκ των οποίων οι 308 ήταν άνδρες έδειξε ότι, οι κρατούμενοι ήταν κάτοικοι αστικής περιοχής, δεν ήταν παντρεμένοι, είχαν κατά μέσο όρο βραχυπρόθεσμες σχέσεις, είχαν ολοκληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις, δεν ζούσαν μόνοι τους και εργάζονταν τους τελευταίους έξι μήνες πριν

φυλακιστούν σε χειρωνακτική εργασία. Επίσης, ήταν χαμηλού μορφωτικού επιπέδου με φτωχά σχολικά επιτεύγματα, είχαν φιλονικίες με τους συμμαθητές και είχαν ιστορικό αντικοινωνικής συμπεριφοράς (τους άρεσε να «βάζουν φωτιά» και να κακοποιούν ζώα). Ωστόσο, είχαν βιώσει βία σε γονικές σχέσεις, κυρίως από τον πατέρα και δευτερευόντως από τη μητέρα ενώ δεν είχαν εμπλακεί αναγκαστικά σε συμμορίες και είχαν ιστορικό από νεαρή ηλικία, χρήσης αλκοόλ, κάνναβης και ναρκωτικών. Το ιστορικό χρήσης κάνναβης αναφέρθηκε από 208 κρατούμενους (67.5%) και εξ αυτών οι 133 (63.9%) άρχισαν τη χρήση στην ηλικία των 10-15 ετών. Συνολικά 179 κρατούμενοι (58.5%) ανέφεραν ιστορικό χρήσης ναρκωτικών, περίπου οι μισοί από αυτούς (50.3%) δήλωσαν εθισμένοι σε συνδυασμό ναρκωτικών. Για το 40.8% (n =73) η χρήση ναρκωτικών ξεκίνησε στην ηλικία των 10-15 ετών. Ωστόσο, οι κρατούμενοι με ιστορικό χρήσης ναρκωτικών είχαν 65% λιγότερες πιθανότητες να τιμωρηθούν για βίαιο έγκλημα. Επίσης, οι κρατούμενοι που εξαιρέθηκαν από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα είχαν 49% λιγότερες πιθανότητες να έχουν διαπράξει βίαιο έγκλημα.⁵³

Άλλη σχετική μελέτη στην Ελλάδα, σε 495 άνδρες κρατούμενους έδειξε ότι, οι 223 (45.06%) διαγνώστηκαν με ψυχιατρική διαταραχή. Τα μη βίαια εγκλήματα ήταν ο πιο κοινός λόγος φυλάκισης (40.7%), το ένα τρίτο (30.3%) του δείγματος καταδικάστηκε για εγκλήματα που σχετίζονται με ναρκωτικά και το 28.0% για βίαια εγκλήματα. Η διαταραχή της προσωπικότητας ήταν ο πιο κοινός τύπος ψυχικής διαταραχής και η μόνη ψυχιατρική διάγνωση που σχετίζεται με το βίαιο έγκλημα.⁷⁰

Οι νοσηλευτές είναι οι πρώτοι που αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή στο χώρο της φυλακής, καθώς είναι συνήθως οι πρώτοι που πλησιάζουν τον κρατούμενο και καθορίζουν ως ένα βαθμό την πρόσβαση σε όλες τις πτυχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.⁷¹

Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι κατάθλιψη βίωναν τα άτομα που είχαν άλλο νόσημα. Οι κρατούμενοι, εκτός από το ότι βρίσκονται σε μειονεκτική θέση «κοινωνικής απόστασης» έχουν συννοσηρότητες.

Σχετικά υψηλά ποσοστά ασθενειών, όπως υπέρταση, άσθμα, καρκίνο, φυματίωση, ηπατίτιδα C και ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), σε κρατούμενους τους θέτει σε μειονεκτική θέση. Εκτός από τον κίνδυνο προχωρημένης ηλικίας, η πυκνότητα του πληθυσμού των φυλακών είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που συνευθύνεται για την εκδήλωση συγκεκριμένων ασθενειών όπως οι μολυσματικές. Η υπόθεση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική αν ληφθεί υπόψη ότι η

χωρητικότητα των φυλακών αυξάνεται. Για παράδειγμα, η χωρητικότητα των φυλακών υπερβαίνει το 100% σε 18 πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής.⁷²

Αν και οι καθολικές αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων διασφαλίζουν ότι οι κρατούμενοι, όπως όλοι οι άλλοι, ζουν τη ζωή τους σε ένα υγιές περιβάλλον και έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, χωρίς να υφίστανται διακρίσεις, οι συνθήκες φυλακής καθιστούν δύσκολη τη συμμόρφωση με αυτές τις αρχές.⁷²

Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας η οποία όμως δεν είναι αντιπροσωπευτική των ανδρών κρατουμένων σε όλη την Ελλάδα. Επιπλέον, ήταν μια συγχρονική μελέτη η οποία δεν επιτρέπει την ανάδειξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και χαρακτηριστικών των κρατουμένων. Άλλοι επιπρόσθετοι περιορισμοί ήταν η απουσία μέτρησης της κατάθλιψης σε άλλη χρονική στιγμή.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ευρέως διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης, η κλίμακα Zung, το οποίο θα επιτρέψει συγκρίσεις ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των κρατούμενων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Παρότι το δείγμα της μελέτης ήταν σχετικά μικρό ωστόσο βρέθηκαν στατιστικές συσχετίσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κρατούμενοι άνδρες είχαν μέτρια επίπεδα κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι κατάθλιψη είχαν οι αλλοδαποί κρατούμενοι, αυτοί που έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα, οι κρατούμενοι που είχαν τελέσει σε κελί απομόνωσης καθώς και αυτοί που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους.

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν 31 έως 40 ετών (29.7%), άγαμοι (54.5%), δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (57.4%), ελεύθεροι επαγγελματίες πριν την κράτηση (41.6%), διέμεναν στην Αττική (43.6%), Έλληνες (84.2%), δεν είχαν παιδιά (60.4%), είχαν αδέρφια (85.1%) και είχαν πάει στρατό (65.3%).

Η πλειοψηφία του δείγματος δεχόταν επίσκεψη (62.4%), είχε διαπράξει ανθρωποκτονία (45.5%), είχε ποινή ισόβιας κάθειρξης (38.6%), είχε διάγνωση ψύχωσης (39.6%), πρωτύτερη κράτηση (36.6%), δεν ακολουθούσε καμία σωματική δραστηριότητα (50%), περνούσε τις περισσότερες ώρες της ημέρας στο κελί (70.3%), είχε παραμείνει σε κελί απομόνωσης για κάποιο χρονικό διάστημα (74.3%) και επιθυμούσε απομόνωση από άλλους κρατούμενους (40.6%). Ομοίως είχε κάποιο χρόνιο νόσημα (14.9%), κάποιο μεταδιδόμενο νόσημα (11.9%), ψυχιατρικό ιστορικό (74.3%), ιστορικό ψυχιατρικών νοσηλειών (58.4%), κάπνιζε (85.1%), κατανάλωνε αλκοόλ πριν την κράτηση (35.6%) και ήταν ικανοποιημένο από την κατάσταση υγείας του (41.6%). Επιπροσθέτως η πλειοψηφία του δείγματος, είχε υποστεί σωματική, σεξουαλική και ψυχολογική κακοποίηση (54.5%, 12.9% και 59% αντίστοιχα), ανέφερε ότι θυμόταν γεγονότα θυμού-στενοχωρίας (76.2%), δήλωσε ότι φοβόταν το θάνατο (31.7%), θεωρούσε ότι θα ήταν καλύτερο αν πέθαινε (42.6%), είχε σκεφτεί να κάνει κακό στον εαυτό του και είχε κάνει σχέδια (35.6%), είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας (38.6%) και είχε αυτοτραυματιστεί (42%).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα συμβάλουν στη βαθύτερη κατανόηση του προφίλ των ανδρών κρατούμενων.

Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας μεταξύ των κρατούμενων είναι σημαντική ενώ απαιτείται ειδική μέριμνα κατά την ανάπτυξη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στις φυλακές.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν χρειάζεται μόνο να είναι καθολικά διαθέσιμες σε άτομα που τελούν υπό κράτηση αλλά επίσης να συνδέονται με

αποτελεσματικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα.

Άτομα που αναγνωρίζονται ότι κινδυνεύουν να αυτοκτονήσουν θα πρέπει να αξιολογούνται άμεσα από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της φυλάκισης θα πρέπει να είναι παρόμοια με αυτή που είναι διαθέσιμη για το γενικό πληθυσμό. Αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να εξετάσουν την πρόσβαση σε ψυχολογικές θεραπείες στις φυλακές ή/ και σε άλλους φορείς.

Παράλληλα απαιτείται εκπαίδευση του προσωπικού των φυλακών προκειμένου να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τις ανάγκες ψυχικής υγείας όπως επίσης να αποκτήσει δεξιότητες συμπεριφοράς για την αντιμετώπιση των κρατουμένων και κυρίως εκείνων με δυσκολίες προσαρμογής και έλλειψη πειθαρχίας.

Ωστόσο η εκπόνηση περισσότερων μελετών που αξιολογούν την κατάθλιψη των κρατουμένων αναμένεται να παρέχει μια σαφέστερη εικόνα σχετικά με τη σχετική συμβολή αυτών των μηχανισμών.

Προφίλ κρατούμενων ανδρών και κατάθλιψη

Περίληψη

Εισαγωγή: Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των κρατούμενων σε παγκόσμια κλίμακα. **Σκοπός:** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του προφίλ κρατούμενων ανδρών και της κατάθλιψης. **Υλικό και μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 101 κρατούμενοι σε σωφρονιστικό κατάστημα του νομού Αττικής. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση της κλίμακας «Self-rating Depression Scale (SDS)-Zung» στην οποία συμπεριλήφθησαν τα χαρακτηριστικά των κρατούμενων. **Αποτελέσματα:** Από τους 101 συμμετέχοντες, το 29.7% ήταν 31-40 ετών και στο 45.5% αιτία κράτησης ήταν η ανθρωποκτονία. Η μέση τιμή της κλίμακας Zung ήταν 45.1 ± 4.1 . Το 50% των κρατούμενων είχε βαθμολογία μικρότερη από 45 (διάμεσος) στην συγκεκριμένη κλίμακα. Οι τιμές αυτές σε σχέση με το πιθανό εύρος της βαθμολογίας (20-80) υποδηλώνουν μέτρια επίπεδα κατάθλιψης. Στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία κατάθλιψης είχαν οι αλλοδαποί κρατούμενοι σε σχέση με τους Έλληνες (διάμεσος 48 vs 45, $p=0.012$), αυτοί που έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα σε σχέση με αυτούς που δεν έπασχαν (διάμεσος 48 vs 45, $p=0.038$), οι κρατούμενοι που είχαν τελέσει σε κελί απομόνωσης σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν βρεθεί σε απομόνωση (διάμεσος 46 vs 43.5, $p=0.038$) καθώς και αυτοί που δεν είχαν σκεφτεί να κάνουν κακό στον εαυτό τους σε σχέση με αυτούς που το είχαν σκεφτεί (διάμεσος 46 vs 44, $p=0.017$). **Συμπεράσματα:** Δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά όπως επίσης οι συνθήκες κράτησης και η αυτοκτονικότητα συσχετίζονται με την κατάθλιψη. Η έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας των κρατούμενων είναι σημαντική.

Λέξεις-κλειδιά: Zung, κρατούμενοι, κατάθλιψη, φυλακή

Profile of male inmates and depression

Abstract

Introduction: The Number of inmates has significantly increased during the last decades globally. The **aim** of this research study was to explore profile of male inmates and depression. **Material and methods:** 101 inmates from a correctional institution in the district of Attica participated in this study. The collection of data was conducted by the completion of ‘Self-rating Depression Scale (SDS)-Zung’ scale which also included participants’ characteristics. **Results:** Out of 101 participants, 29.7% were between 3-40 years of age while 45% of the inmates were imprisoned for homicide. The mean of the scale was 45.1 ± 4.1 while 50% of the inmates scored lower than 45 (median) on this particular scale. These scores, indicate median level of depression within a potential range of scores (20-80). Statistically, significantly higher levels of depression were experienced by men of foreign nationalities in relation to the Greek ones (median 48 vs 45, $p=0.012$), those who suffered from a chronic condition in relation to those who didn’t (median 48 vs 45, $p=0.038$), the inmates who had spent time in an isolation cell in relation to those who had not (median 46 vs 43.5, $p=0.038$) as well as those who hadn’t thought to harm themselves in relation to those who had (median 46 vs 44, $p=0.017$). **Conclusions:** Demographic, clinical and characteristics associated with isolation and suicidability were associated with depression. The timely dealing with the inmates’ mental health problem is significant.

Keywords: Zung, inmates, depression, prison

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alemayehu F, Ambaw F, Gutema H. Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar Prison, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):88.
2. Bedaso A, Kediro G, Yeneabat T. Factors associated with depression among prisoners in southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Res notes*. 2018;11(1):637.
3. Santos M, Barros C, Andreoli S. Correlated factors of depression among male and female inmates. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22.
4. Osasona SO, Koleoso ON. Prevalence and correlates of depression and anxiety disorder in a sample of inmates in a nigerian prison. *Int J Psychiatry Med*. 2015;50(2):203-218
5. Thomas L. Prisoner depression and low mood, *Newly medical life science*. 2017 Διαδικτυακή σελίδα: <https://www.News-medical.Net/health/Prisoner-Depression-and-Low-Mood.aspx>. Ημερομηνία πρόσβασης: 22-04-2021.
6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder: a systemic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:550.
7. Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *The Lancet Global Health*. 2019;7(4):461-471.
8. Gujral S, Aizenstein H, Reynolds CF , Butters MA, Erickson KI. Exercise effects on depression: Possible Neural mechanisms. *Gen Hosp Psychiatry*.2017;49:2-10.
9. Wang J, Wu X, Lai W. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7(8)
10. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, Tzoulaki I, Solmi M, Vancampfort D, et al. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med*. 2018;16(1)
11. Eby Linda, Brown Nancy, Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Κυρίτση Ελένη. Η Νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. Εκδ., Λαγός Δημήτριος, Αθήνα, 2009.

12. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol.* 2009;5:363-389
13. Mullins N, Lewis CM. Genetics of Depression: Progress at Last. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):43
14. Machado MO, Veronese N, Sanches M, Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T, et al. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Med.* 2018;16(1):112.
15. Ménard C, Hodes GE, Russo SJ. Pathogenesis of depression: Insights from human and rodent studies. *Neuroscience.* 2016;321:138-162.
16. Rotarou ES, Sakellariou D. Depressive symptoms in people with disabilities; secondary analysis of cross-sectional data from the United Kingdom and Greece. *Disabil Health J.* 2018;11(3):367-373.
17. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 2016;316(21):2214-2236
18. Πολυκανδριώτη Μ, Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2013;12(4):397-408
19. Ευθυμίου Κ, Μαυροειδή Αθ, Παυλάτου Ε, Καλαντζή-Αζίζι Α. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Εκδ., Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2006
20. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression The treatment and management of depression in adults. 2010.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical problem. 2009.
22. Λυκούρας Λ, Σολδάτος Κ, Ζέρβας Γ. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2009.
23. Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη: εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. 25ο Ετήσιο Πανελλήνιο Συνέδριο, 2005.
24. Χριστοδούλου ΓΝ και συν. Ψυχιατρική, Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2005.
25. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Εκδ., University studio press, Θεσσαλονίκη, 1997.
26. Παπαδημητρίου Γ, Λιάππας Ι, Λύκουρας Ε. Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδ., Βήττα, Αθήνα, 2013.
27. World Health Organization. Mental and Neurological Disorder. 2001

28. American Psychiatric Association. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 2010.
29. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. 2008.
30. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. 2010.
31. Νόμος 58819/7.4.2003(ΦΕΚ Β 463 17.4.2003): Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Γενικών Καταστημάτων Κράτησης τύπου Α' και Β'.
32. Νόμος 88741/2014(ΦΕΚ 3455/Β/23-12-2014): Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Καταστημάτων Κράτησης και Αυτοτελών Τμημάτων Γ' τύπου.
33. Νόμος 2776/1999(ΦΕΚ 291/Α/24-12-1999): Σωφρονιστικός Κώδικας.
34. Αλεξιάδης Σ. Σωφρονιστική. Εκδ., Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 2001.
35. World Health Organization. Mental health and prisons. 2005.
36. De Viggiani N. Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociol Health Illn.* 2007;29(1):115-35.
37. Hoke S. Mental Illness and Prisoners: Concerns for Communities and Healthcare Providers. *Online J Issues Nurs.* 2015;20(1).
38. James D, Glaze E.. Mental health problems of prison and jail inmates. 2006.
39. Zung W. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. IN: Satorious N, Ban T, editors. *Assessment of depression.* Springer-Verlag, New York, 1986.
40. Fountoulakis KN, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis SG, St Kaprinis G, et al. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Zung Depression Rating Scale. *BMC Psychiatry.* 2001;1:6.
41. Fountoulakis KN, Iacovides A, Kleanthous S. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Major: Depression Inventory. *BMC Psychiatry.* 2003.
42. Andreoli SB, Dos Santos MM, Quintana MI, Ribeiro WS, Blay SL, Taborda JG, de Jesus Mari J. Prevalence of mental disorders among prisoners in the state of Sao Paulo, Brazil. *PLoS One.* 2014;9(2):e88836.
43. Reta Y, Getachew R, Bahiru M, Kale B, Workie K, Gebreegziabhere Y. Depressive symptoms and its associated factors among prisoners in Debre Berhan prison, Ethiopia. *PLoS One.* 2020;15(3):e0220267.

44. Barry LC, Coman E, Wakefield D, Trestman RL, Conwell Y, Steffens DC. Functional disability, depression, and suicidal ideation in older prisoners. *J Affect Disord.* 2020;266:366-373.
45. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry.* 2017;4:946–952.
46. Pondé M, Freire A, Mendonça M. The prevalence of mental disorders in prisoners in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *J Forensic Sci.* 2011;56:679–682.
47. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003–2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46:191–195.
48. Kelly E, Novaco R, Cauffman E. Anger and depression among incarcerated male youth: Predictors of violent and nonviolent offending during adjustment to incarceration. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(8):693-705.
49. Abdu Z, Kabeta T, Dube L, Tessema W, Abera M. Prevalence and Associated Factors of Depression among Prisoners in Jimma Town Prison, South West Ethiopia. *Psychiatry J.* 2018;2018:5762608.
50. Adraro W, Kerebih H, Tesema W, Abamecha F, Hailesilassie H. Nearly three in every five prisoners experience common mental disorders in Jimma correctional institution, south-West Ethiopia. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1559.
51. Roy A, Janal M. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual abuse rates: is there an interaction? *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36:329–335.
52. Sarchiapone M, Jovanovic N, Roy A, Podlesek A, Carli V, Amore M, et al. Relations of psychological characteristics to suicide behaviour: results from a large sample of male prisoners. *Pers Individ Differ.* 2009;47:250–255.
53. Apostolopoulos A, Michopoulos I, Rizos E, Manthou V, Tzeferakos G, Kalemis G. Prisoners in Greek prisons: Correlation of demographic and psychosocial data with committed crimes. *Psychiatriki.* 2018;29(2):137-148.
54. Yitayih Y, Soboka M, Tesfaye E, Abera M, Mamaru A, Adorjan K. Trauma exposure and alcohol use disorder among prisoners in Jimma Zone correctional institution, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research notes.* 2019;12(1):748.

55. Johnson R, Ross M, Taylor W, Williams M, Carvajal R, Peters R. Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail. *Child Abuse Negl.* 2006;30(1):75-86.
56. Marotta P. Childhood Adversities and Substance Misuse Among the Incarcerated: Implications for Treatment and Practice in Correctional Settings. *Subst Use Misuse.* 2017;52(6):717-733.
57. Haile Y, Kebede K, Limenhe A, Habatmu K, Alem A. Alcohol use disorder among prisoners in Debre Berhan prison, Ethiopia: a cross-sectional study. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2020;15(1):26.
58. Kinyanjui D, Atwoli L. Substance use among inmates at the Eldoret prison in Western Kenya. *BMC Psychiatry.* 2013;13:53.
59. Salom C, Williams G, Najman J, Alati R. Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug Alcohol Depend.* 2015;151:121–127.
60. Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, et al. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health.* 2021;6(3):164-174.
61. Eck M, Scouflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C. Le suicide en prison: épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Med.* 2019;48(1):46-54.
62. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Shon JL. Suicide among male prisoners in France: a prospective population-based study. *Forensic Sci Int.* 2013;233(1-3):273-277.
63. Rivlin A, Hawton K, Marzano L, Fazel S. Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PLoS One.* 2013;8(7):e68944.
64. Reeves R, Tamburello A. Single cells, segregated housing, and suicide in the New Jersey Department of Corrections. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2014;42(4):484-488.
65. Castelpietra G, Egidi L, Caneva M, Gambino S, Feresin T, Mariotto. Suicide and suicides attempts in Italian prison epidemiological findings from the "Triveneto" area, 2010-2016. *Int J Law Psychiatry.* 2018;61:6-120.
66. Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2020;7(8):682-691.

67. Radeloff D, Stoeber F, Lempp T, Kettner M, Bennefeld-Kersten K. Murderers or thieves at risk? Offence-related suicide rates in adolescent and adult prison populations. *PLoS One*. 2019;14(4).
68. Ryland H, Gould C, McGeorge T, Hawton K, Fazel S. Predicting self-harm in prisoners: Risk factors and a prognostic model in a cohort of 542 prison entrants. *Eur Psychiatry*.2020;63(1):e42.
69. Way BB, Sawyer DA, Barboza S, Nash R. Inmate suicide and time spent in special disciplinary housing in New York State prison. *Psychiatr Serv*.2007;58(4):558-560.
70. Alevizopoulos G, Igoumenou A. Psychiatric disorders and criminal history in male prisoners in Greece. *Int J Law Psychiatry*. 2016;47:171-175.
71. La Cerra C, Sorrentino M, Franconi I, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Primary Care Program in Prison: A Review of the Literature. *J Correct Health Care*. 2017;23(2):147-156.
72. Elbek O. COVID-19 Pandemic Threatening Prison Population. *Turk Thorac J*. 2020;21(6):433-437.