



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ»**

Διευθυντής Σπουδών: Καθηγητής Αθανάσιος Δουζένης

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση του Ψυχικού Τραύματος και της Διαταραχής
Μετατραυματικού Στρες στην επανένταξη των
αποφυλακισμένων, αντρών και γυναικών**

Χρηστίνα Βλαχοσωτήρου

Επιβλέπων

Ιωάννης Μιχόπουλος

**ΑΘΗΝΑ
Ιανουάριος 2022**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση του Ψυχικού Τραύματος και της Διαταραχής
Μετατραυματικού Στρες στην επανένταξη των αποφυλακισμένων,
αντρών και γυναικών**

**Χρηστίνα Βλαχοσωτήρου
Α.Μ.: 20180600**

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ

Ιωάννης Μιχόπουλος

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αθανάσιος Δουζένης

Ιωάννης Μιχόπουλος

Παναγιώτης Φερεντίνος

Ιανουάριος 2022

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που με οποιονδήποτε τρόπο συνετέλεσαν στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Ιωάννη Μιχόπουλο για την υποστήριξη, την αρωγή, την άμεση ανταπόκριση και την προθυμία του να απαντήσει σε οποιαδήποτε απορία μου, σε όλα τα στάδια εκπόνησης της εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες, θα ήθελα να εκφράσω στον Διευθυντή του Π.Μ.Σ «ΨΥΧΙΑΤΡΟΔΙΚΑΣΤΙΚΗ» της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, Καθηγητή κ. Αθανάσιο Δουζένη, χωρίς την συμβολή του οποίου η εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί. Το αμέριστο ενδιαφέρον του και οι καίριες επισημάνσεις του αποτελούν ζωτικά στοιχεία της εργασίας.

Ευχαριστώ επίσης, τον Καθηγητή κ. Παναγιώτη Φερεντίνο, που μου έκανε την τιμή να είναι στην τριμελή επιτροπή της διπλωματικής μου εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, οφείλω στην κα Φωτεινή Μηλιώνη, Διευθύντρια του φορέα μετασφρονιστικής μέριμνας «ΕΠΑΝΟΔΟΣ ΝΠΙΔ» που με διευκόλυνε με κάθε τρόπο, ενώ εργαζόμουν στο φορέα, να διεξάγω την έρευνα μου και στην κα Edyta Okienska, γραμματέα του φορέα, για τη σπουδαία βοήθεια της στη συλλογή των δεδομένων καθώς χωρίς τη συμβολή της τη δύσκολη αυτή περίοδο των μέτρων για την αντιμετώπιση του Covid-19 η έρευνα θα ήταν αδύνατο να ολοκληρωθεί.

Ευχαριστώ θερμά την κα Κατερίνα Παπαδημητρίου που με τόση σχολαστικότητα βοήθησε στην επιμέλεια της εργασίας, την κα Ακριβή Μπαρμπούτση για την πολύτιμη βοήθεια που προσέφερε στη διαδικασία της στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων και την κα Μαριλένα Τζανή για την ψυχολογική της υποστήριξη.

Επιπλέον, ειδική μνεία αξίζει στους συμμετέχοντες στην έρευνα. Τους ευχαριστώ πολύ για την εμπιστοσύνη τους, το χρόνο που διέθεσαν και τα προσωπικά βιώματα που δέχθηκαν να μοιραστούν.

Τέλος, δε θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω τους γονείς μου και τη γιαγιά μου που με κάθε τρόπο με στηρίζουν και είναι δίπλα μου με αγάπη, υπομονή και σεβασμό γενικά αλλά και κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	13
Γενικά στοιχεία για την έννοια του ψυχικού τραύματος.....	13
1.1 Ορισμός του Ψυχικού Τραύματος.....	13
1.2 Ιστορική Αναδρομή.....	14
1.2.1 Οι πρώτες συστηματικές μελέτες.....	14
1.2.2 Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική : Λέξεις και δράσεις	19
1.3 Το τραύμα ανάμεσα στους δύο παγκοσμίους πολέμους	20
1.3.1 Sandor Ferenczi	20
1.3.2 Abram Kardiner.....	21
1.4 Η περίοδος μετά τους παγκόσμιους πολέμους.....	23
1.5 Η Αναπτυξιακή Επίδραση του Τραύματος.....	26
1.6 Ψυχικό τραύμα και Freud	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	34
Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (Post Traumatic Stress Disorder)	34
2.1 Αιτιοπαθογένεια της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.....	40
2.2 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	47
Η κατάσταση στις φυλακές.....	47
3.1 Οι ψυχολογικές συνέπειες του Εγκλεισμού	49
3.2 Αντιδράσεις μετατραυματικής διαταραχής στρες στις οδύνες του εγκλεισμού ...	55
3.3 Επιπτώσεις εγκλεισμού στη μετάβαση από τη φυλακή στο σπίτι	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	58
Επανένταξη	58
4.1 Η κοινωνική επανένταξη, ως έννοια	58
4.2 Το νομικό πλαίσιο	60
4.3 Ο όρος «επανακοινωνικοποίηση»	62
4.4 Ο Σωφρονιστικός Κώδικας (ν. 2776/1999)	65
4.5 Προγράμματα κοινωνικής επανένταξης	69
4.5.1 Γνωστικά-Συμπεριφοριστικά Προγράμματα	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	73
Θεραπευτικές παρεμβάσεις.....	73
5.1 Θεραπεία EMDR.....	74
5.2 Επικεντρωμένη στο Ψυχικό Τραύμα Γνωστικό-Συμπεριφοριστική Θεραπεία	75
5.3 Προσαρμοσμένες Παρεμβάσεις	76
5.4 Η Προσέγγιση NARM.....	77
5.5 Δουλεύοντας με το τραυματισμένο σύστημα	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	82
6.1 Σκοπός	82
6.2 Διαμόρφωση Ερευνητικών Υποθέσεων	82
6.3 Ερευνητικές Υποθέσεις	83
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	84
ΕΡΕΥΝΑ.....	84
Μέθοδος της έρευνας.....	84
Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	84
Μέσα συλλογής δεδομένων.....	84
Μεθοδολογία.....	86
Συμμετέχοντες – Περιγραφικά στατιστικά	87
Ανάλυση Αξιοπιστίας	95
Περιγραφικά στατιστικά παραγόντων & συνάφειες.....	96
Συγκρίσεις Μέσων Όρων	102
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119
Πηγές.....	127

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε το πρώιμο ψυχικό τραύμα και συγκεκριμένα οι τραυματικές εμπειρίες που βιώθηκαν πριν την ηλικία των 18 ετών, οι οποίες κατατάσσονται ως εξής : α) ψυχικό τραύμα λόγω σωματικής τιμωρίας, β) ψυχικό τραύμα λόγω συναισθηματικής κακοποίησης, γ) ψυχικό τραύμα λόγω σεξουαλικής κακοποίησης και δ) τραυματικές εμπειρίες που δεν εντάσσονται σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες και χαρακτηρίζονται ως γενικό τραύμα.

Μελετήθηκαν ακόμη, η παρουσία συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης και συλλέχθηκαν πληροφορίες σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη δείγματος.

Σκοπός: Κύριος σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθούν τα συμπτώματα του πρώιμου ψυχικού τραύματος και της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε ενήλικες αποφυλακισμένους, άντρες και γυναίκες, καθώς και η επίδραση αυτών στην επανένταξή τους.

Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποσοτική έρευνα. Το δείγμα αποτελούταν από 38 ενήλικες αποφυλακισμένους, άντρες και γυναίκες, ωφελούμενους του φορέα «Επάνοδος Ν.Π.Ι.Δ.», 18 άνδρες και 20 γυναίκες, με μέση ηλικία τα 41 έτη και μέσος όρο χρόνου αποφυλάκισης τους 51 μήνες.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίων / κλιμάκων μέτρησης του παιδικού τραύματος (Early Trauma Inventory Self Report Short Form, ETI-SR-SF), της κλίμακας Νοσοκομειακής Μέτρησης Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), της κλίμακας μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian Version [PCL-C]), καθώς και ενός ερωτηματολογίου για τη μέτρηση δημογραφικών μεταβλητών, που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια.

Αποτελέσματα: Τα κύρια ευρήματα της παρούσας έρευνας εντοπίζονται : α) σε θετικές προς ισχυρές συσχετίσεις ανάμεσα στο μετατραυματικό στρες και το άγχος ($r=0,5$), την κατάθλιψη ($r=0,46$) και το γενικό τραύμα ($r=0,37$), β) σε θετικές και μεσαίας ισχύος

συσχετίσεις ανάμεσα στο γενικό τραύμα ($r=0,39$) και το άγχος και την κατάθλιψη ($r=0,47$), γ) σε μεσαίας ισχύος και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την ηλικία των 18 ετών με την κατάθλιψη ($r=0,42$ και $r=0,38$) και δ) στο ότι μετά από ανάλυση παλινδρόμησης βρέθηκε πως η μόνη μεταβλητή από την οποία εξαρτάται το μετατραυματικό στρες και προέκυψε στατιστικά σημαντική είναι το άγχος ($B=0,46$, $p<0,01$).

Στις συγκρίσεις που έγιναν μεταξύ των παραγόντων που ερευνώνται σε συσχετίσεις με τα δημογραφικά στοιχεία δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές εκτός από την κατηγορία των εγγάμων οι οποίοι βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα πρώιμου τραύματος δηλαδή του γενικού τραύματος ($X^2 (2, N = 38) = 6,50$, $p = ,039 < ,05$), συναισθηματικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 6,11$, $p = ,04 < ,05$), σωματικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 6,27$, $p = ,04 < ,05$) και σεξουαλικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 7,73$, $p = ,002 < ,01$). Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων με ελληνική εθνικότητα και των ατόμων με διαφορετική εθνικότητα για τον παράγοντα της σωματικής κακοποίησης (Mann Whitney U = 108, $p = ,03 < ,05$).

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά λοιπόν, το μετατραυματικό στρες φάνηκε πως καθορίζει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους και επηρεάζεται από τα επίπεδα τραυματικών εμπειριών ποικίλης αιτιολογίας πριν από την ηλικία των 18 ετών (γενικό τραύμα). Δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία του ατόμου στο μετατραυματικό στρες, τόσο πιο έντονα τείνει να νιώθει άγχος και κατάθλιψη αλλά και τόσο πιο πιθανό είναι να έχει υψηλή βαθμολογία γενικού τραύματος. Το γενικό τραύμα επηρεάζει επίσης τα επίπεδα άγχους. Όσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους τόσο αναμένεται να είναι αυξημένα και τα επίπεδα μετατραυματικού στρες. Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των εγγάμων έχουν χαμηλότερη βαθμολογία στο γενικό τραύμα, τη συναισθηματική και σωματική κακοποίηση επομένως έχουν χαμηλότερα επίπεδα πρώιμου τραύματος. Τέλος, τα άτομα με ελληνική εθνικότητα έχουν κακοποιηθεί σωματικά σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τα άτομα άλλης εθνικότητας.

Καταλήγοντας, από τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας προκύπτει πως η επανένταξη των αποφυλακισμένων δε φαίνεται να επηρεάζεται από τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και από το πρώιμο ψυχικό τραύμα. Τα ευρήματα αυτά

πιθανόν να επηρεάστηκαν από την ηλικία των συμμετεχόντων (μέσος όρος 41 έτη) και από το χρόνο αποφυλάκισης (μέσος όρος 51 μήνες).

Λέξεις κλειδιά : παιδικό ψυχικό τραύμα, διαταραχή μετατραυματικού στρες, άγχος, κατάθλιψη, αποφυλακισμένοι, επανένταξη

ABSTRACT

Introduction: The early psychological trauma was studied in this research and specifically the traumatic experiences that occurred before the age of 18, which are classified as follows: a) psychological trauma due to corporal punishment, b) psychological trauma due to emotional abuse, c) psychological trauma due to sexual abuse and d) traumatic experiences that do not fit in to any of the above categories and are classified as general trauma.

The presence of symptoms of Post Traumatic Stress Disorder, the symptoms of anxiety and depression were also studied and information was collected in relation to the demographics of the sample under study.

Purpose: The main purpose of this research is to study the symptoms of early mental trauma and Post Traumatic Stress Disorder in adult male and female prisoners, and their effect on their reintegration.

Method: The method used is quantitative research. The sample consisted of 38 adult prisoners, men and women, beneficiaries of the organization "Epanodos", 18 men and 20 women with an average age of 41 years and an average release time of 51 months . Data collection was performed by the provision of Early Trauma Inventory-Self-Report-Short-Form, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), PTSD Checklist-CivilianVersion [PCL-C] and a questionnaire for the measurement of demographic variables designed by the researcher.

Results: The main findings of the present study are : a) positive to strong correlations between post-traumatic stress and anxiety ($r=0,5$), depression ($r=0,46$) and general trauma ($r=0,47$), b) positive and moderate correlations between general trauma and

anxiety ($r=0,39$) and depression ($r=0,47$), c) medium strength and statistically significant correlations of emotional and sexual abuse before the age of 18 with depression ($r=0,42$ and $r=0,38$) and d) after regression analysis it was found that the only variable on which post-traumatic stress depends and emerged statistically significant is anxiety ($B=0,46$, $p<0,01$).

In the comparisons made between the factors investigated in relation to the demographic data, no statistically significant differences were found except for the category of married people who were found to have lower levels of early trauma. (X^2 (2, $N = 38$) = 6,50, $p = ,039 < ,05$), emotional abuse (X^2 (2, $N = 38$) = 6,11, $p = ,04 < ,05$), physical abuse (X^2 (2, $N = 38$) = 6,27, $p = ,04 < ,05$) and sexual abuse (X^2 (2, $N = 38$) = 7,73, $p = ,002 < ,01$).

A statistically significant difference was found between individuals with Greek nationality and individuals with different nationality for the physical abuse factor (Mann Whitney $U = 108$, $p = ,03 < ,05$).

Conclusions: Post-traumatic stress has been shown to define the levels of depression and anxiety and to be affected by the levels of traumatic experiences of various etiologies before the age of 18 (general trauma). When a person has a high score in post-traumatic stress disorder, is more is more likely to feel anxious and depressed and to have a high overall trauma score. General trauma also affects stress levels. As stress levels increase, so does post-traumatic stress. Married people have a lower score on general trauma, emotional and physical abuse therefore have lower levels of early trauma. Finally, people of Greek nationality have been physically abused to a greater extent compared to people of other nationalities.

In conclusion, the findings of this study show that the reintegration of ex prisoners does not seem to be affected by Post-Traumatic Stress Disorder and early mental trauma. These findings were likely to be influenced by the age of the participants (average 41 years) and the time of release (average 51 months).

Key words: early psychological trauma, Post Traumatic Stress Disorder, anxiety, depression, ex prisoner, reintegration

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αναγνώριση του ρόλου του ψυχικού τραύματος ως παράγοντας που συμβάλλει στις ψυχικές διαταραχές ξεκίνησε τον 19ο αιώνα από τον Jean Martin Charcot, ο οποίος πρώτος διαπίστωσε πως οι ασθενείς που χαρακτηρίζονταν ως «υστερικοί», είχαν ιστορικό τραύματος και παρατήρησε πως κατά τη διάρκεια τραυματικών γεγονότων οι άνθρωποι βιώνουν «βίαια συναισθήματα» που παρεμβαίνουν στην αφομοίωση της δυσβάσταχτης εμπειρίας. Αντιθέτως οι τραυματικές μνήμες και οι πράξεις που συνδέονται με αυτές, αποσυνδέονται από την καθημερινή συνείδηση και τον εθελούσιο έλεγχο (Janet, 1925). Ο Sigmund Freud στο πλαίσιο υποτροφίας δεκαεννέα εβδομάδων στο Παρίσι, εργάστηκε κατά τη διάρκεια αυτή μαζί με τον Charcot. Επιστρέφοντας στη Βιέννη εργάστηκε με τον διακεκριμένο γιατρό Joseph Breuer όπου οι δυο τους άρχισαν να μελετούν προσεκτικά τα συμπτώματα των «υστερικών» ασθενών, την προέλευση αυτών των συμπτωμάτων και το ρόλο του ψυχικού τραύματος στη δημιουργία αυτών των συμπτωμάτων (Freud & Breuer, 1893). Ο Freud στο βιβλίο του «Πέρα από την αρχή της ηδονής» (1920), περιέγραψε πως οι ασθενείς που υποφέρουν από τραυματική νεύρωση συχνά βιώνουν έλλειψη συνειδητής ανάκλησης εμπειριών του τραυματικού γεγονότος.

Μετά τον Freud, η Ψυχιατρική ασχολήθηκε ξανά με το ψυχικό τραύμα αφότου ξέσπασε ο Α' Παγκόσμιος Πόλεμος. Τότε ο Abram Kardiner συνέχισε τη μελέτη για το ψυχικό τραύμα, αναλαμβάνοντας τη θεραπεία βετεράνων του πολέμου (Kardiner, 1941). Έκτοτε το ψυχικό τραύμα προκάλεσε ξανά το ενδιαφέρον της Ψυχιατρικής μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ αλλά και το 1980 οπότε σε «ανοιχτή συζήτηση» του κινήματος απελευθέρωσης των γυναικών αναφέρθηκαν τα προκαλούμενα από βιασμό και σεξουαλική κακοποίηση ψυχικά τραύματα. Τότε ήταν και το σημείο καμπής για την ενσωμάτωση της διαγνωστικής κατασκευής της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (PTSD) στο DSM III και για τον προσδιορισμό των κύριων διαγνωστικών της κριτηρίων. Ενώ αρχικά η Μετατραυματική Διαταραχή Στρες είχε περιγραφεί ως αποτέλεσμα μοναδικής έκθεσης σε κάποιο σοβαρό τραυματικό γεγονός, αργότερα διαπιστώθηκε πως προκαλείται επίσης από χρόνια πολλαπλά τραύματα. Άτομα που έχουν υποστεί ψυχικό τραύμα πολύ συχνά

αναπτύσσουν PTSD, διαταραχή στην οποία η ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος κυριαρχεί στη συνείδηση των θυμάτων, αφαιρώντας από τις ζωές τους το νόημα και την ευχαρίστηση (VanderKolk,1991).

Οι αποφυλακισμένοι είναι ένας πληθυσμός, ο οποίος σύμφωνα με έρευνες (News Medical Life Sciences, 2019), εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό μετατραυματικής διαταραχής οξέος στρες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αφού ο ίδιος ο εγκλεισμός είναι μια τραυματική εμπειρία. Υπάρχουν επιπλέον παράγοντες που είναι συνυφασμένοι με την παθογένεση αυτής της κατάστασης μαζί με τους παράγοντες επικινδυνότητας που υπόκεινται στα πρότυπα συμπεριφοράς και σκέψης των φυλακισμένων. Αυτοί οι παράγοντες είναι τα ψυχικά τραύματα της παιδικής ηλικίας όπως μεγάλη φτώχεια, κακοποίηση από τους γονείς ή από πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, εμπειρίες παραμέλησης, σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ή άλλες μορφές κακομεταχείρισης. Αυτές οι ιδιαίτερες οδυνηρές αναμνήσεις της παιδικής ηλικίας ξυπνούν όταν κάποιος βιώνει τον εγκλεισμό σε ένα σκληρό και άγονο περιβάλλον όπως αυτό της φυλακής. Η βία που υπάρχει σε μέγιστο βαθμό σε πολλές φυλακές μαζί με την απερίσκεπτη συμπεριφορά πολλών κρατούμενων και τις απαιτήσεις συμμόρφωσης σε μια άκαμπτη πειθαρχία όπως και τη ανάγκη να ξεφύγουν από σκληρούς συγκρατούμενους και από πιθανό βιασμό ή κακοποίηση συντελούν στην αβάσταχτη αναβίωση τραυματικών παιδικών αναμνήσεων που ο φυλακισμένος επιθυμεί να ξεχάσει ((News Medical Life Sciences, 2019). Αυτές οι μνήμες επαναφέρουν τις σχετικές εμπειρίες καθώς και τις αντίστοιχες συναισθηματικές και ψυχικές αντιδράσεις, των οποίων τις συνέπειες οι κρατούμενοι δεν μπορούν να διαχειριστούν. Όλα αυτά δίνουν πρόσφορο έδαφος στους κρατούμενους να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή οξέος στρες μετά την αποφυλάκιση τους κάτι που πιθανότατα δυσχεραίνει την επανένταξη τους.

Η Επανένταξη είναι η διαδικασία της μετάβασης από τον εγκλεισμό στην κοινότητα, προσαρμογής έξω από τη φυλακή καθώς και η προσπάθεια διατήρησης ενός τρόπου απαλλαγμένου από το έγκλημα (Laub & Sampson,2001,2003). Η επανένταξη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που γίνεται με την πάροδο του χρόνου και υπάρχουν ακόμα πολλά που δε γνωρίζουμε για αυτήν (Healy & O'Donnel,2008; Maruna,2001;Shinkfield & Graffam,2009) καθώς είναι μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες σήμερα (Maruna,2011; Petersilia,2003). Η επανένταξη είναι δύσκολη για πολλούς αποφυλακισμένους γιατί αντιμετωπίζουν

ποικιλία προκλήσεων ταυτόχρονα (Maruna et al 2004;Shinkfield & Graffam, 2009). Αρχικά, δυσκολεύονται να βρουν εργασία καθώς τείνουν να μην έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και να έχουν λίγες εργασιακές δεξιότητες (Seuter & Kadela, 2013). Επιπλέον, κάποιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικά, ψυχικής και σωματικής υγείας και επιπλέον δεν έχουν την κατάλληλη οικογενειακή υποστήριξη (Petersilia,2003) έχοντας επιπροσθέτως, μετά την έξοδό τους από τη φυλακή έχουν να αντιμετωπίσουν το στίγμα (Pager,2003). Οι συμπεριφορές και οι δεξιότητες που αποκτούν μέσα στα καταστήματα κράτησης είναι βοηθητικές για το συγκεκριμένο περιβάλλον, αλλά έξω από τη φυλακή δυσχεραίνουν την προσαρμογή τους. Βγαίνοντας από την φυλακή δεν έρχονται αντιμέτωποι μόνο με μια ζωή διαφορετική από αυτή που είχαν κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, αλλά και με ένα κόσμο τελείως διαφορετικό από αυτόν που γνώριζαν πριν φυλακιστούν. Η επάνοδος των πρώην κρατουμένων στην κοινωνία είναι μία τόσο δυσχερής και επώδυνη διαδικασία, ώστε δημιουργεί ακόμα και συναισθήματα ολοκληρωτικής παραίτησης από το δικαίωμα στην ελεύθερη ζωή (Γιοβάνογλου,2006).

Όπως προαναφέρθηκε έχουν διενεργηθεί έρευνες σχετικά με την ύπαρξη Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στους αποφυλακισμένους, επικεντρώνουν στους παράγοντες που προκαλούν τη διαταραχή κατά διάρκεια του εγκλεισμού τους και μετά την αποφυλάκισή τους. Αντικείμενο της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο δείκτης Διαταραχής Μετατραυματικού στρες, σε γυναίκες και άντρες αποφυλακισμένους, τα πρώιμα ψυχικά τραύματα των υπό μελέτη ατόμων και πώς αυτά επηρεάζουν την επανένταξη τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Γενικά στοιχεία για την έννοια του ψυχικού τραύματος

1.1 Ορισμός του Ψυχικού Τραύματος

Η λέξη τραύμα, δανεισμένη από την Ιατρική, προέρχεται από το αρχαίο ρήμα τιτρώσκω, που σημαίνει διατρυπώ, και δηλώνει μια κάκωση η οποία προκύπτει από εξωτερική βία που συνοδεύεται από τη ρήξη, τη λύση της συνέχειας, με συνέπειες πάνω στο σύνολο του οργανισμού. Το τραύμα σε ψυχικό επίπεδο ορίζεται, σύμφωνα με τον S. Freud, ως «η εμπειρία που σε μικρό χρονικό διάστημα δίδει στην ψυχική ζωή ένα τόσο ισχυρό ερέθισμα το οποίο δεν μπορεί να απαλειφθεί ή να τύχει της συνήθους επεξεργασίας, με αποτέλεσμα να καθίστανται αναπόφευκτες μόνιμες διαταραχές», αναφορικά πάντα με την ψυχική οργάνωση. Το τραύμα αναφέρεται άλλωστε σε μια κατάσταση όπου το υποκείμενο βιώνει πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα (Μπούρας & Λαζαράτου, 2012).

Το τραύμα εμπεριέχει τρεις σημασιοδοτήσεις (βίαιος κλονισμός, ρήξη-λύση συνέχειας και συνέπειες στο σύνολο της ψυχικής οργάνωσης), με τις οποίες γίνεται φανερό το πόσο δραματική αποδεικνύεται για το παιδί η έκθεση του σε καταστάσεις και συνθήκες κακοποίησης ή παραμέλησης. Το παιδί, μην έχοντας τη δυνατότητα να ερμηνεύσει ή να σημασιοδοτήσει αυτό που του συμβαίνει, τόσο στο σωματικό επίπεδο, διαμέσου της πρώιμης διέγερσης αισθημάτων και συμπεριφορών ξένων με την ηλικία του, όσο και στο ψυχικό επίπεδο, διαμέσου των συναισθημάτων και των ενδοψυχικών φορτίσεων και συνδέσεων που αποκτά το τραυματικό γεγονός, βρίσκεται ουσιαστικά σε θέση απόγνωσης και κλονισμού.

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ρήξη της αναγκαίας συνέχειας παροχής φροντίδας και αγάπης, ιδιαίτερα σημαντικής στις πρώτες στιγμές της ζωής και βασικής συνθήκης για τη δημιουργία ενός ασφαλούς συναισθηματικού δεσμού, απαραίτητου συστατικού για την ψυχική υγεία του παιδιού. Μάλιστα η θέση που θα καταλάβει αυτό το τραυματικό γεγονός στη γενικότερη ψυχική δομή, καθώς και στη γνωστική και στη συναισθηματική οργάνωση του παιδιού, θα επιφέρει πληθώρα συνεπειών τόσο στο

πεδίο της σχέσης και της επαφής με τα άλλα πρόσωπα και την κοινωνία, όσο και στην εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και άγχους. (Γιαννοπούλου, Δουζένης & Λύκουρας, 2010).

Ο όρος παιδικό τραύμα περιλαμβάνει μία ποικιλία τραυματικών εμπειριών που μπορεί να βιώσει το άτομο, οι κυριότερες από τις οποίες είναι: α) η σωματική κακοποίηση που ορίζεται ως η εκ προθέσεως άσκηση σωματικής βίας στο παιδί που έχει ως αποτέλεσμα ή αυξάνει την πιθανότητα να βλάψει την υγεία του παιδιού, την ανάπτυξή του και την αξιοπρέπειά του β) η σεξουαλική κακοποίηση που ορίζεται ως η εμπλοκή του παιδιού σε σεξουαλική δραστηριότητα, την οποία δεν κατανοεί πλήρως, και με την οποία δεν είναι σε θέση να συγκατατεθεί γ) η συναισθηματική και ψυχολογική κακοποίηση, η οποία περιλαμβάνει απειλές, εκφοβισμό, μεροληπτική συμπεριφορά, απόρριψη γελοιοποίηση και κακομεταχείριση, και δ) η παραμέληση του παιδιού στους τομείς της υγείας, της μόρφωσης, της διατροφής και της ασφαλούς διαβίωσης (Martins, Tofoli, Von Werne Baes & Juruena, 2011)

1.2 Ιστορική Αναδρομή

1.2.1 Οι πρώτες συστηματικές μελέτες

Η επίγνωση του ρόλου του ψυχικού τραύματος στη δημιουργία ποικίλων ψυχιατρικών προβλημάτων αυξήθηκε και μειώθηκε πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ιστορίας της ψυχιατρικής. Παρ' ότι οι τραυματικές αναμνήσεις που στοιχειώνουν τους ανθρώπους που έχουν εμπειρίες υπερβολικού τρόμου έχουν υπάρξει κεντρικό θέμα στη λογοτεχνία από τον Χόμερ μέχρι το Σαίξπηρ, στην ψυχιατρική, ανά περιόδους, πολύ καλά δομημένη γνώση σχετικά με την επίδραση των τραυματικών γεγονότων στον ψυχισμό αγνοήθηκε, με αποτέλεσμα συμπεριφορές που χαρακτηρίζονταν ως απάνθρωπες επιδίδονταν μόνο σε ιδιοσυστατικούς και ενδοψυχικούς παράγοντες και όχι στο ψυχικό τραύμα (Van Der Kolk, 1994).

Οι πρώτες συστηματικές μελέτες συσχέτισης ανάμεσα στο τραύμα και στην ψυχιατρική ασθένεια έγιναν από τον Jean Martin Charcot και το μαθητή του Pierre Janet.

Πολλά έχουν γραφτεί για τον Jean Martin Charcot (1825-1893) ως νευρολόγο και τη δέσμευσή του με τους υστερικούς του Salpetriere και την επιρροή του στη μοντέρνα ψυχιατρική σκέψη. Η συνεισφορά του ποικίλλει από τη διάγνωση και την κατανόηση διαφόρων πτυχών της υστερίας που επηρέασαν την ψυχανάλυση ως και την επίγνωση της ψυχοπαθολογίας του τραύματος που προμήνυσαν σύγχρονες πτυχές της μετατραυματικής διαταραχής στρες και των σωματόμορφων διαταραχών. Οι έννοιες που εισήγαγε ο Charcot σχετικά με τη νευρολογική επιρροή του τραύματος είναι προγενέστερες των σύγχρονων ιδεών πίσω από τις βιολογικές προσεγγίσεις της Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (PTSD) και της ψυχοσωματικής αγωγής. Η μεγαλύτερη και πιο ενδιαφέρουσα συνεισφορά του Charcot στη σύνδεση ανάμεσα στη νέα νευρολογία και στην ψυχιατρική είναι η πρωτοπορία του στα μοντέρνα δόγματα της τραυματικής υστερίας που αναφέρεται στα νευρολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται μετά από ένα ψυχικό τραύμα αλλά δεν επεξηγούνται αποτελεσματικά από το ίδιο το τραύμα (Laplanche & Pontalis, 1967).

Η τραυματική νεύρωση έχει διερευνηθεί και από άλλους πριν από τον Charcot. Το 1837 ο Benjamin Brodie εξέδωσε μελέτη για τις τοπικές νευρικές προσβολές. Επίσης, ο Charcot είχε μελετήσει πολύ καλά μία σημαντική διατριβή του Dr. J Russell Reynolds στο University College Hospital στο Λονδίνο με θέμα «Σημειώσεις για την παράλυση και άλλες διαταραχές του συναισθήματος και της αίσθησης» που δημοσιεύθηκε στο British Medical Journal το 1869. Ο μεγαλύτερος αριθμός των περιγραφών του Charcot για την τραυματική υστερία προερχόταν από ανθρώπους που είχαν εμπλακεί σε ατυχήματα τρένων, κάτι σχεδόν αναπόφευκτο μετά την επέκταση του σιδηροδρόμου την εποχή εκείνη (Charcot, 1994). Άλλες αιτίες της τραυματικής υστερίας που αναφέρει ο Charcot είναι μικρότερα ή μεγαλύτερα ιατρικά ατυχήματα, τραύματα προερχόμενα από κοπή, ο θάνατος του/της συζύγου τρόμος από εμπειρίες μάχης ακόμα και καταιγίδες. Ο Charcot παρατήρησε πως από το 1870 ακόμα και μικρά σωματικά τραύματα μπορούσαν να παράγουν συμπτώματα σωματικής και ψυχολογικής δυσλειτουργίας σε κάποιους ασθενείς. Σε περίπου 245 περιπτώσεις, τραυματικής υστερίας κυρίως σε άντρες ασθενείς τα σωματικά συμπτώματα ήταν κυρίως νευρολογικού τύπου όπως παράλυση ή αναισθησία.

Παρότι ο Charcot διέκρινε και καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολλούς ασθενείς του, περιέγραψε επίσης και πληθώρα συμπτωμάτων σύμφωνα με τα οποία τώρα ορίζεται το PTSD, συμπτώματα όπως κόπωση, νευρικότητα, φόβο, ταχυκαρδία, αυπνία και

εφιάλτες (Thorton,1983). Μία ακόμα πολύ σημαντική συνεισφορά του Charcot στη κατανόηση της τραυματικής υστερίας είναι η περιγραφή μιας περιόδου «επώασης» ακριβώς πριν την εμφάνιση των υστερικών συμπτωμάτων αυτού που τώρα θα ονόμαζε «μετατραυματική αμνησία» (Charcot,1890). Όντως μεταγενέστερα επιβεβαιώθηκε πως η δυσκολία στην ανάσυρση σχετικών αναμνήσεων φαίνεται να συνδέεται με το σύστημα νορεπινεφρίνων και διαφόρων άλλων νευροορμονών όπως η αγγειοπινσίνη και η ωκυτοκίνη , συστήματα που εμπλέκονται στις υπερμνησίες και αμνησίες στο PTSD. Άρα η περιγραφή του Charcot για μια περίοδο επώασης πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων θα μπορούσε να σχετίζεται με αυτά τα νευροχημικά συστήματα (Van Der Kolk,1996). Το 1941 ο Kardiner επινόησε τον όρο «φυσιονεύρωση» για να περιγράψει επίμονα συμπτώματα της αυξανόμενης διέγερσης που ακολουθεί τις ψυχικά τραυματικές εμπειρίες. Ο Kolb (1987) εισήγαγε πως το τραύμα μπορεί να προκαλέσει μόνιμες νευρωνικές αλλαγές που τροποποιούν την μάθηση και την απόδοση της συνήθειας. Οι θεωρίες του Charcot για το τραύμα και την υστερία μέσω της επίδειξης της ψυχολογικής αιτιολογίας των νευρώσεων έβαλαν κάποια θεμέλια για την ψυχαναλυτική σκέψη του Sigmund Freud. Είναι γνωστό πως ο Freud μελέτησε και φοίτησε υπό τον Charcot όταν η εμπλοκή του με την τραυματική νεύρωση βρισκόταν στην κορυφή της. Στο έργο των Breuer και Freud «Μελέτες για την Υστερία» (1895) και οι δύο εξέφρασαν την ευγνωμοσύνη τους στον Charcot που «ανακάλυψε τον φυσικό μηχανισμό για την υστερία».

Τη σπουδαία συνεισφορά του Jean Martin Charcot συνέχισε ο μαθητής του Pierre Janet. Ο Janet διαπίστωσε πως υπάρχει προδιάθεση στον τρόπο αντιμετώπισης του στρες ανάλογα με το ταπεραμέντο του κάθε ανθρώπου (Janet,1889). Θεωρούσε την κωδικοποίηση και την ανάκληση των μνημών ως τη κεντρική οργανωτική αρχή του εγκεφάλου. Κατά τη διάρκεια της ζωής η κατηγοριοποίηση και η ενσωμάτωση των αναμνήσεων συγκεκριμένων εμπειριών επιτρέπουν στους ανθρώπους να αναπτύσσουν αυξανόμενα και ευέλικτα σχήματα νοηματοδότησης που τους προετοιμάζουν να αντιμετωπίσουν μεταγενέστερες προκλήσεις (Perry, Lawrence,1984). Ο Janet (1904) ήταν εκείνος που επινόησε τη λέξη υποσυνείδητη για να περιγράψει τη συλλογή μνημών που διαμορφώνει τα νοητικά σχήματα τα οποία κατευθύνουν την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με τον περιβάλλον (Van der Kolk,1989). Η αλληλεπίδραση του συστήματος της μνήμης με το ταπεραμέντο κάνουν τον κάθε άνθρωπο μοναδικό και πολύπλοκο: «Η προσωπικότητα είναι ένα ανθρώπινο έργο

τέχνης , μια κατασκευή που δημιουργείται από ανθρώπινα πλάσματα με τα μέσα που έχουν στη διάθεση τους ...καλά ,κακά, ανολοκλήρωτα και ατελή» (Janet,1984)

Η ψυχολογία του Janet ήταν μια ψυχολογία συνειδητότητας με τρόπους τέτοιους όπου η επίγνωση των προηγούμενων εμπειριών και οι ακριβείς αντιλήψεις του παρόντος περιβάλλοντος συνδυάζονται ώστε να αποφασιστεί η κατάλληλη αντίδραση. Οι υστερικοί ασθενείς, των οποίων τα συμπτώματα, σύμφωνα με τις ανακαλύψεις του Janet, συχνά φαίνεται να συνδέονται με το πρώιμο τραύμα, δεν ήταν σε θέση και να ανταποκριθούν στις εσωτερικές τους διεργασίες ώστε να προσαρμόσουν ανάλογα τις αντιλήψεις τους. Ο Janet πίστευε πως αυτοί οι άνθρωποι συνδέθηκαν με το τραύμα τους , μην μπορώντας να ενσωματώσουν τις τραυματικές εμπειρίες , και φαίνονταν να έχουν χάσει την ικανότητα τους να αφομοιώσουν τις νέες εμπειρίες. Είναι σαν η προσωπικότητα τους να μην μπορεί να εξελιχθεί άλλο προσθέτοντας και αφομοιώνοντας νέα στοιχεία (Janet,1983). Όλοι οι τραυματισμένοι ασθενείς φαίνεται να έχουν σταματήσει τις ζωές τους και να είναι προσκολλημένοι σε ένα ανυπέρβλητο εμπόδιο (Janet ,1919).

Αποσύνδεση

Ο Janet πίστευε ότι η γνωστική εκτίμηση των νέων εμπειριών καθορίζει αν μπορούν αποτελεσματικά να ενσωματωθούν στη μνήμη. Το μυαλό μπορεί να είναι «ανίκανο» να ενσωματώσει τρομακτικές εμπειρίες σε υπάρχοντα νοητικά σχήματα (ο Freud αργότερα υποστήριξε πως ο εγκέφαλος ενεργά αντιστέκεται στην ενσωμάτωση). Οι μνήμες αυτών των μη ενσωματωμένων εμπειριών διαχωρίζονται από τη συνειδητή επίγνωση και τον εθελούσιο έλεγχο. Αργότερα όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την ανάμνηση του τραύματος, σωματοαισθητικά στοιχεία του τραύματος επανέρχονται στη συνείδηση σα σωματικές αισθήσεις (όπως κρίσεις πανικού), οπτικές εικόνες (αναδρομές στο παρελθόν και εφιάλτες), εμμονικοί μνησκασμοί ή αναπαραστάσεις συμπεριφοράς των στοιχείων του τραύματος (Van Der Kolk,1989). Για παράδειγμα ο Janet περιγράφει την περίπτωση μιας νέας γυναίκας της οποίας η αιτία τύφλωσης στο αριστερό μάτι εντοπίστηκε στον παρελθοντικό της εξαναγκασμό να κοιμηθεί στο ίδιο κρεβάτι με ένα παιδί που είχε έκζεμα προσώπου και βρισκόταν στην αριστερή πλευρά της. Περιέγραψε επίσης πως στους τραυματισμένους ασθενείς, η αποσύνδεση συχνά παραμένει ένας μηχανισμός αντιμετώπισης μεταγενέστερου στρες, ακόμα και αν αυτό δεν επιτελεί μια χρήσιμη λειτουργία και πως οι άνθρωποι εξακολουθούν να

αποσυνδέονται για να αντιμετωπίσουν το στρες και γίνονται συναισθηματικά περιορισμένοι (Van Der Hart, 1989).

Συναισθηματική υπερδιέγερση

Προσπαθώντας να υπολογίσει τι παρεμβαίνει με την ενσωμάτωση των εμπειριών στη μνήμη ο Janet έγραψε : «Οδηγήθηκα να αναγνωρίσω σε πολλά ζητήματα το ρόλο ενός ή περισσοτέρων γεγονότων στο παρελθόν τους. Αυτά τα γεγονότα, τα οποία συνοδεύονταν από κάποιο σφοδρό συναίσθημα και καταστροφή του ψυχολογικού συστήματος, έχουν αφήσει αποτυπώματα. Η υπενθύμιση αυτών των γεγονότων απορροφά μεγάλο μέρος ενέργειας και παίζει σημαντικό ρόλο στη συνεχή εγρήγορση (Janet, 1930:128). Η αρχική συναισθηματική αντίδραση στο τραυματικό γεγονός («το σφοδρό συναίσθημα») καθορίζει την ένταση των συμπτωμάτων (Janet, 1909). Η αποτυχία διαχείρισης έντονων συναισθημάτων ωθεί τους ανθρώπους να ανταποκρίνονται στο στρες με υπερβολικές και άσχετες αντιδράσεις (Janet, 1889; 1930).

Διαταραχές μνήμης

Ο Janet υποστήριξε: «Η μη ανάμνηση του γεγονότος που κατακρήμνισε το συναίσθημα ...έχει βρεθεί να συνοδεύει έντονες συναισθηματικές εμπειρίες με τη μορφή συνεχούς και παλινδρομικής αμνησίας ...» (Janet, 1909:1067). «Αν οι άνθρωποι φορτίζονται πολύ συναισθηματικά για να πουν την ιστορία τους, οι αναμνήσεις δεν μπορούν να μετατραπούν σε μία ουδέτερη αφήγηση : Ένα άτομο δεν μπορεί να κάνει την απαγγελία που ονομάζουμε αφηγηματική μνήμη και εξακολουθεί να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τη δύσκολη κατάσταση ». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη φοβία της μνήμης (Janet, 1919:660-661) που εμποδίζει την ενσωμάτωση («σύνθεση») των τραυματικών γεγονότων από την κοινή συνείδηση (Janet, 1909:145). Η μνήμη εντοπίζει την ακολουθία του τραύματος σαν ασυνείδητες σταθερές ιδέες που δεν μπορούν να αποσταθεροποιηθούν όσο δε μεταφράζονται σε προσωπική αφήγηση και αντιθέτως συνεχίζουν να επεμβαίνουν σαν τρομακτικές εκδοχές, εμμονικές ανησυχίες και σωματικές αναβιώσεις των εμπειριών όπως αντιδράσεις άγχους (Van Der Kolk, 1991)

Ο Janet στο μεγάλο του έργο «Ψυχολογική Θεραπεία», ήταν ο πρώτος κλινικός που εισήγαγε μια συστηματική προσέγγιση για τη θεραπεία των ψυχικά τραυματισμένων ασθενών που συμπεριλαμβάνει την προσοχή στη θεραπευτική συμμαχία, τη συνειδητότητα των συναισθημάτων και των στάσεων του παρελθόντος

και του παρόντος, την εξερεύνηση των τραυματικών αναμνήσεων και τα σχετιζόμενα υποσυνείδητα αποσυνδεδεμένα φαινόμενα. Εκλαμβάνοντας την κοινή μνήμη περισσότερο σα μια πράξη δημιουργίας παρά σα μια στατική καταγραφή των γεγονότων, ο Janet πίστευε πως η απλή αποκάλυψη των αναμνήσεων δεν ήταν αρκετή. Έπρεπε να τροποποιηθούν και να μετατραπούν έτσι ώστε να τοποθετηθούν στο κατάλληλο πλαίσιο και να ανακατασκευαστούν σε φυσικές και νοηματοδοτημένες αφηγήσεις (Van Der Hart, 1989). Ο Janet ήταν ο πρώτος που περιέγραψε υποθέσεις στις οποίες οι τραυματικές εμπειρίες χωρίζονται σε επίπεδα. Όταν μια ανάμνηση χάνει τη δύναμη της, άλλες πρωιμότερες αναμνήσεις συχνά ενεργοποιούνται και αρχίζουν να επηρεάζουν τις αντιδράσεις των ασθενών (Janet, 1889; 1909) κάτι που επίσης υποστήριζαν ο Freud και ο Breuer στη μελέτη περίπτωσης της Anna O. Ο William James που μελέτησε το έργο του Janet σημείωσε πως ο Freud και ο Breuer επιβεβαίωσαν πολλά από τα ευρήματα του Janet. Ο Janet σημείωσε ότι το τραύμα μειώνει την ψυχολογική ενέργεια των ασθενών και παρεμβαίνει στην ικανότητα τους να ενεργούν συγκεντρωμένα και δυναμικά. Πρόσφατες έρευνες επιβεβαίωσαν αυτές τις ανακαλύψεις. Ο Van Der Kolk και ο Ducey (1984) πριν μελετήσουν το Janet, ερμήνευσαν τα τεστ Rorschach των ψυχικά τραυματισμένων ασθενών τους ως εξής: «Η έλλειψη της ενσωμάτωσης της τραυματικής εμπειρίας προκαλεί μεγάλη αντιδραστικότητα στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, το αρχικά υπερβολικό εξωτερικό γεγονός, μέσω της έλλειψης της αφομοίωσης, διαιωνίστηκε εσωτερικά και συνεχίζει να έχει αποδιοργανωτικές συνέπειες στον ψυχισμό». Αυτή η έρευνα καταλήγει πως η προσπάθεια να κρατηθούν οι αναμνήσεις του τραύματος στον κόλπο παρεμβαίνει στην ικανότητα εξάχνωσης και φαντασίωσης αποτρέποντας τη σκέψη ως πειραματική δράση. Αυτό παρεμβαίνει στην ικανότητα του πένθους, της διαχείρισης των συγκρούσεων και της συσσώρευσης ευχάριστων εμπειριών. Ως εκ τούτου, αυτοί οι ασθενείς στερούνται αυτούς τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που επιτρέπουν στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τους τραυματισμούς της καθημερινότητας.

1.2.2 Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική : Λέξεις και δράσεις

Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική έδινε πάντα καθοριστική σημασία στην ικανότητα αναπαραγωγής των αναμνήσεων με λέξεις και στην ενσωμάτωσή τους στο σύνολο της εμπειρίας, που είναι η αφηγηματική μνήμη. Στο «L'Etat Mental des

Hysteriques» (Janet P,1911) ο Janet αναφέρει : « δεν είναι τόσο απλό να αναγνωρίσεις μια ανάμνηση που προκύπτει αυτόματα ως απάντηση σε συγκεκριμένα παρόντα γεγονότα. Είναι επίσης απαραίτητο η προσωπική προοπτική να αναγνωρίζει αυτή την εικόνα και να την ενσωματώσει και σε άλλες αναμνήσεις (σελ.538).Ο Freud στο «Inhibitions,Symptoms and Anxiety» (1926) υποστήριξε πως το άτομο αναπαράγει το τραύμα όχι σαν ανάμνηση, αλλά σαν πράξη. Το επαναλαμβάνει χωρίς να γνωρίζει φυσικά ότι το κάνει και τελικά αντιλαμβανόμαστε πως αυτός είναι ο τρόπος του για να θυμάται (σελ.150). Και ο Freud και ο Janet υποστήριζαν πως ο καθοριστικός παράγοντας που αποφασίζει την επανάληψη του τραύματος είναι η παρουσία των αθόρυβων, μη συμβολοποιημένων και μη ενσωματωμένων εμπειριών. «Ένα ξαφνικό και παθητικά αποκτημένο τραύμα, αναβιώνεται επαναλαμβανόμενα μέχρι το άτομο να μάθει να θυμάται παράλληλα με την επίδραση και την επίγνωση που συνδέονται με το τραύμα, μέσω της πρόσβασης στη γλώσσα» (Van Der Kolk,Ducey ,1989:271).

1.3 Το τραύμα ανάμεσα στους δύο παγκοσμίους πολέμους

1.3.1 Sandor Ferenczi

Στο χρονικό διάστημα ανάμεσα στους δύο παγκοσμίους πολέμους ,στην ψυχιατρική λογοτεχνία, εκδόθηκαν πολύ λίγες μελέτες για το ψυχικό τραύμα. Μια αξιοσημείωτη εξαίρεση ήταν η μελέτη του Sandor Ferenczi, με τίτλο «The Confusion of Tongues between the Adult and the Child : The Language of Passion» , την οποία παρουσίασε στο Ψυχαναλυτικό Συνέδριο το 1932. Σε αυτή τη μελέτη μίλησε για την αβοηθησία του παιδιού μπροστά σε έναν ενήλικο που χρησιμοποιεί την ευαλωτότητα του παιδιού και την ανάγκη του για στοργή και σκοπό να κερδίσει σεξουαλική ικανοποίηση. Ο Ferenczi μίλησε με την περισσότερη ευγλωττία από οποιονδήποτε άλλο ψυχίατρο μέχρι τότε ,για το αίσθημα του αβοήθητου και τον τρόπο των παιδιών που υπήρξαν θύματα διαπροσωπικής βίας και εισήγαγε την έννοια «ταύτιση με το δράστη» ως την κυρίαρχη διαθέσιμη άμυνα των τόσο ψυχικά τραυματισμένων παιδιών. Η ψυχαναλυτική κοινότητα αντέδρασε εναντίον αυτής της μελέτης και για το λόγο αυτό δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά 17 χρόνια μετά το θάνατο του Ferenczi, το 1947 (Masson,1984)

1.3.2 Abram Kardiner

Ο Abram Kardiner μεγάλωσε σε μία οικογένεια αλκοολικών προσφύγων στην ανατολική πλευρά της Νέας Υόρκης. Αφού σπούδασε στην Κολομβία, πήγε στη Βιέννη για να εργαστεί σε μία ανάλυση μαζί με τον Freud και έπειτα επέστρεψε στις ΗΠΑ, όπου εργάστηκε από το 1922 μέχρι και το 1925 ως ειδικευόμενος με εξωτερικούς ασθενείς του Bronx Veterans Home (για τους βετεράνους του πρώτου παγκοσμίου πολέμου). Το 1941, αφού ξέσπασε ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος, εξέδωσε το έργο του «The Traumatic Neuroses of War» (Kardiner, 1941). Στην παρουσίαση του έδωσε έμφαση στη σημασία της μελέτης των τραυματικών νευρώσεων γενικά, αφού δεν περιορίζονται μόνο στον πόλεμο καθώς τέτοια σύνδρομα είχαν εμφανιστεί προηγουμένως αναφερόμενα ως νευρικές διαταραχές. Επεσήμανε επίσης πως ανάμεσα στους δύο πολέμους δεν εκδόθηκε πρακτικά τίποτα για τις τραυματικές νευρώσεις.

Όπως και οι προηγούμενοι σπουδαίοι πρωτοπόροι του ψυχικού τραύματος, ο Kardiner ήταν ειδήμων στις λεπτομερείς περιγραφές των σύνθετων και ασυνήθιστων συμπτωμάτων των ασθενών του. Ήταν επίσης χρονικογράφος των προηγούμενων διαγνώσεων που είχαν λάβει αυτοί οι ασθενείς πριν να γίνει σύνδεση μεταξύ τους τραύματος και των παρόντων συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της υστερίας, της κακομεταχείρισης καθώς και των επιληπτικών διαταραχών. Ήταν εκείνος που προσδιόρισε τη Μετατραυματική Διαταραχή Στρες για το υπόλοιπο του αιώνα. Όρισε τα κριτήρια που αργότερα παρουσιάστηκαν στο DSM III και DSM IV : η φύση του στρεσογόνου παράγοντα, τα παρεμβατικά φαινόμενα, το μούδιασμα και η υπερδιέγερση.

Ο ορισμός της τραυματικής νευρώσης σύμφωνα με τον Kardiner (Van Der Kolk, Ducey, 1984) περιλαμβάνει τα εξής:

- 1) αλλοιωμένη αντίληψη του εαυτού και του εξωτερικού κόσμου,
- 2) ασυνήθιστα όνειρα,
- 3) συστολή του γενικότερου επιπέδου λειτουργικότητας,
- 4) ευερεθιστότητα,
- 5) τάση για εκρηκτικές επιθετικές αντιδράσεις.

Κριτήριο Α-Η φύση του στρεσογόνου παράγοντα

Ο Kardiner, όπως ακριβώς και ο Janet, έδωσε έμφαση στο πολύ σημαντικό ζήτημα του υποκειμενικού νοήματος του ψυχικού τραύματος. Συγκεκριμένα ανέφερε πως οι διαδικασίες προσαρμογής αλλοιώνονται και πως το ψυχικό τραύμα δεν μπορεί να οριστεί με όρους πρόκλησης αλλά ως σχέση ανάμεσα σε ένα εξωτερικό ερέθισμα και τις πηγές που είναι άμεσα διαθέσιμες για προσαρμόσουν να παραμερίσουν ή να αντιμετωπίσουν το ερέθισμα. Προσδιόρισε το τραύμα σαν μια εξωτερικά επιβληθείσα κατάσταση που καταπιέζει τις άμυνες του ατόμου να αντιμετωπίσει μια μη διαχειρίσιμη κατάσταση (Van der Kolk et al.,1994).

Κριτήριο Β-Τα παρεμβατικά φαινόμενα

Ο Kardiner επανέφερε στην επιφάνεια τα μαθήματα του Salpetriere ,σχετικά με τον τρόπο που τα άτομα μπορούν διαχρονικά να βιώνουν το τραύμα επαναλαμβανόμενα χωρίς να μεταβολίζεται και χωρίς να μπορούν να το τοποθετήσουν σε ένα μεγαλύτερο πλαίσιο στις ζωές τους. Περιέγραψε περιπτώσεις ασθενών που βίωναν επαναλαμβανόμενα τις εμπειρίες τους μέσω παρελθοντικών αναδρομών, ονείρων και εμμονικών σκέψεων. Κάποιοι από αυτούς είχαν σωματοαισθητικές αναμνήσεις που αψηφούσαν τις αρθρώσεις. Ο Kardiner κατέγραψε πολλές περιπτώσεις ασθενών που αρνήθηκαν να «ενοχληθούν» από το παρελθοντικό ψυχικό τραύμα τους, ενώ τα σώματά τους αντιδρούσαν σαν βρίσκονταν ακόμα στην περίοδο που βίωσαν την τραυματική εμπειρία. Περιέγραψε την αντίδραση ενός ασθενούς ο οποίος είχε εκτεθεί σε αέριο και συνέχιζε να έχει κρίσεις κάθε φορά που βρισκόταν εκτεθειμένος σε πηκτικά έλαια όπως αρώματα ή βενζίνη. Ένας άλλος ασθενής πάθαινε επιληπτικές κρίσεις κάθε φορά που τα πόδια του βρέχονταν. Αυτές οι κρίσεις των ασθενών ήταν λεπτά ρυθμισμένα αντανακλαστικά. Συχνά οι ασθενείς αναπαρήγαγαν το τραυματικό γεγονός φωτογραφικά χωρίς να το ενσωματώνουν σε σημασιολογική ανάμνηση (Van der Kolk et al.,1994).

Κριτήριο Γ-Μούδιασμα

Το μούδιασμα ,στη δουλειά του Kardiner , πήρε τη μορφή της περιορισμένης αντίδρασης, της απόσπασης από τον κοινωνικό περίγυρο του ατόμου και της απάθειας. Οι ασθενείς παρέμειναν προσκολλημένοι στο τραύμα και πολύ συχνά είχαν αυτό που ο Kardiner αποκαλούσε «το όνειρο του Σίσυφου». Δηλαδή, με οποιαδήποτε δραστηριότητα και αν ασχολείται το άτομο αυτή συνοδεύεται από μία βέβαιη

στερεοτυπική ματαιότητα. Αυτό το αίσθημα της ματαιότητας φαίνεται πως συχνά κατακλύζει τους ασθενείς καταλήγουν να αποσύρονται και να αποσυνδέονται, ακόμα και αν πριν την τραυματική εμπειρία ήταν υψηλά λειτουργικοί. Το γεγονός αυτό το όρισε ως συστολή της γενικής λειτουργίας του Εγώ. Τρεις δεκαετίες αργότερα ο Tichener θα επανεξετάσει αυτό το φαινόμενο και θα το ονομάσει «μετατραυματική ύφεση» (Lindy J.,1985)

Κριτήριο Δ-Υπερδιέγερση

Ο Kardiner σημείωσε πως όσοι υποφέρουν από «τραυματική νευρώση» βρίσκονται σε διαρκή εγρήγορση και ευαισθησία στις απειλές του περιβάλλοντος. Αυτή είναι παρούσα στο πεδίο της μάχης και σε όλη τη διαδικασία της οργάνωσης. Ξεπερνά κάθε ενδιάμεσο διευκολυντικό μηχανισμό και αντιστέκεται στις χρόνιες μορφές. Το τραυματικό σύνδρομο είναι πάντα παρόν και αμετάβλητο. Ο Kardiner έγραψε ότι η φυσιολογική υπερδιέγερση προκύπτει κυρίως ως αντίδραση σε ένα ακουστικό ερέθισμα όμως διέκρινε και άλλες περιπτώσεις ευαισθησίας στη θερμοκρασία, στον πόνο και στα ξαφνικά απτικά ερεθίσματα. Αυτοί οι ασθενείς δεν αντέχουν ένα ξαφνικό χτύπημα στην πλάτη ή ένα παραπάτημα. Από την οπτική της φυσιολογίας επισυμβαίνει μείωση του επιπέδου της διέγερσης και από την οπτική της ψυχολογίας, μια κατάσταση ετοιμότητας για καταστάσεις τρόμου (Kardiner,1941:95).

Το πρόβλημα των εκρηκτικών επιθετικών αντιδράσεων επαναλαμβάνεται σε όλο το έργο του Kardiner. Επισημαίνει πως αυτά τα επιθετικά ξεσπάσματα ήταν ξένα στις προσωπικότητες των ασθενών πριν εκτεθούν στην τραυματική εμπειρία, είναι πολύ ενοχλητικά και είναι αδύνατο να ελεγχθούν. Συμπληρώνει πως η επιθετικότητα της τραυματικής νευρώσης δεν είναι σκόπιμη ή προμελετημένη, αλλά είναι πάντα παρορμητική χωρίς να διαρκεί πολύ. Εκδηλώνεται με τη μορφή επεισοδίου και εναλλάσσεται με διάθεση μεγάλης τρυφερότητας (Kardiner, 1941:97)

1.4 Η περίοδος μετά τους παγκόσμιους πολέμους

Η δουλειά του Kardiner ήταν διαθέσιμη για πρακτική εφαρμογή όταν ξέσπασε ο Δεύτερος Παγκόσμιος Πόλεμος και πολλά από τα λαμπρότερα μυαλά της εποχής προσπάθησαν να εφαρμόσουν τα μαθήματα του. Οι Lawrence Kubie, Roy Grinker, Herbert Spiegel, Walter Menninger και Lawrence Kolb είναι μόνο λίγοι από

τους πρωτοπόρους της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής που ενεπλάκησαν ενεργά στη θεραπεία των νευρώσεων της μάχης. Επιβεβαίωσαν τις παρατηρήσεις του Kardiner σχετικά με τις βιολογικές αποκρίσεις των τραυματισμένων ασθενών και εισήγαγαν σωματικές θεραπείες. Στη διαδικασία της προσπάθειας εξεύρεσης αποτελεσματικής θεραπείας, ανακάλυψαν ξανά ότι οι ασθενείς «θυμούνται» τις σωματοαισθητικές όψεις της τραυματικής εμπειρίας σε μία αλλοιωμένη κατάσταση της συνείδησης. Αυτοί οι νέοι ψυχίατροι επανέφεραν για πρώτη φορά μετά από τέσσερις δεκαετίες την ύπνωση και τη ναρκωσύνθεση για να βοηθήσουν τους ασθενείς να θυμηθούν και να απελευθερώσουν δια ψυχοκαθάρσεως το ψυχικό τραύμα. Μη γνωρίζοντας την εργασία του Janet ανακάλυψαν ξανά ότι η ψυχοκάθαρση χωρίς τη μετατροπή και υποκατάσταση θα είχε βραχύχρονα αποτελέσματα. Ο Grinker και ο Spiegel (1945), επεσήμαναν την επιμονή του αποτυπώματος των τραυματικών εμπειριών που μένει στον ψυχισμό καθώς δεν είναι σαν το γράψιμο πάνω σε μια πλάκα που αν μετά σβηστεί αφήνει την πλάκα όπως ήταν πριν. Η μάχη παραμένει εντυπωμένη στο μυαλό των αντρών αλλάζοντας τους τόσο ριζικά όσο το μέγεθος της βαρβαρότητας την οποία βίωσαν. Αυτοί οι Αμερικάνοι ψυχίατροι καθώς και οι Άγγλοι συνάδελφοι τους εισήγαγαν την ομαδική ψυχοθεραπεία για τη θεραπεία των στρατιωτών και έτσι δημιούργησαν μια νέα ψυχοθεραπευτική προσέγγιση.

Για αρκετά χρόνια μετά η μελέτη του ψυχικού τραύματος ξεχάστηκε. Υψηλά ποσοστά αλκοολισμού και σωματοποίησης εμφανίζονταν στους βετεράνους του πολέμου όμως δε γινόταν καμία σύνδεση αυτών των καταστάσεων με το ψυχικό τραύμα που τους είχε δημιουργήσει ο πόλεμος. Η ψυχοπαθολογία τους αποδιδόταν στα άσχημα γονίδια και στην ελλιπή μητρική φροντίδα.

Το 1970 δύο ψυχίατροι, ο Chain Shatan και ο Robert J. Lifton ξεκίνησαν ομάδες με βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ στις οποίες μιλούσαν για τις εμπειρίες του πολέμου. Η φήμη αυτών των ομάδων εξαπλώθηκε και πολύ γρήγορα πολύ επαγγελματίες άρχισαν να ανησυχούν για την έλλειψη της γνώσης που υπήρχε σχετικά με τις συνέπειες του πολέμου σε αυτούς τους ανθρώπους και τα ψυχολογικά προβλήματα που τους είχαν προκληθεί. Ξεκίνησαν λοιπόν να μελετούν τον Kardiner και συνέθεσαν μία λίστα με τα 27 πιο κοινά συμπτώματα των τραυματικών νευρώσεων (Krystal, 1978) όπως αναφέρονταν στο έργο του. Σε αυτό συμμετείχαν ο Jack Smith και η Sarah Haley, κόρη βετεράνου πολέμου, οι οποίοι ενδιαφέρονταν και για τον τρόπο θεραπείας επιζώντων παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Κάνοντας έρευνα με πάνω

από 700 βετεράνους , κατέληξαν σε ένα σύστημα ταξινόμησης πολύ κοντά σε αυτό που είχε προτείνει ο Kardiner το 1941. Όταν ξεκίνησε η διαδικασία συγγραφής του DSM III, διενεργήθηκαν πάρα πολλές συναντήσεις με την αρμόδια επιτροπή και παρουσιάσεις στην Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (Shatan CF ,Smith J,Haley S,1977) με αποκορύφωμα το 1980 να συμπεριληφθεί η Μετατραυματική Διαταραχή Στρες στο DSM III (Scott WJ,1990).

Ανεξάρτητα από τη διαδικασία του DSM III, τη δεκαετία του 1970 συνέβησαν και άλλες πολύ σημαντικές εξελίξεις. Το 1972, η Anne Burgess και η Linda Holstrom, στο νοσοκομείο Boston City ,περιέγραψαν το τραυματικό σύνδρομο βιασμού , επισημαίνοντας πως οι τρομακτικές αναδρομές στο παρελθόν και οι εφιάλτες εμφανίζονταν σε γυναίκες που είχαν βιαστεί όπως και στους βετεράνους με τραυματική νεύρωση πολέμου. Προς το τέλος της δεκαετίας του 1970 ,τρία πολύ σημαντικά έργα έδειξαν κρίσιμες συνδέσεις ανάμεσα στο ψυχικό τραύμα του πολέμου και στα ψυχικά τραύματα της ζωής των πολιτών. Ένα από αυτά ήταν το έργο του Mardi Horowitz , «Stress Response Syndromes» (1986), που κατασκεύασε ένα μοντέλο αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας για οξείες τραυματικές εμπειρίες ζωής. Στηριζόμενος στις παρατηρήσεις του Erich Lindermann (1942) για την πυρκαγιά στο Coconut Grove, ο Horowitz προσδιόρισε τις διαφασικές αποκρίσεις στο τραύμα, τις εναλλακτικές δηλαδή φάσεις της παρείσφρησης και του μουνιάσματος (πλέον γνωρίζουμε ότι δεν εναλλάσσονται αλλά συνυπάρχουν) και παρουσίασε μια συστηματική δυναμική ψυχοθεραπεία για το τραύμα. Κατά την ίδια περίοδο , η Lerone Terr, δημοσίευσε την πρώτη από μια σειρά εργασιών για τα παιδιά του Chowchilla (26 παιδιά απάχθηκαν μέσα από το σχολικό τους λεωφορείο και μαζί με τον οδηγό οι απαγωγείς τους έθαψαν ζωντανούς. Κατάφεραν να αποδράσουν με τη βοήθεια του οδηγού και ενός δεκατετράχρονου μαθητή (Terr,1979). Η Terr εισήγαγε την αναπτυξιακή εστίαση στις συνέπειες του ψυχικού τραύματος στην ψυχική λειτουργικότητα. Το τρίτο σπουδαίο έργο ήταν αυτό του Henry Krystal ,ψυχαναλυτή και επιζώντα στρατοπέδου συγκέντρωσης, ο οποίος δημοσίευσε την εργασία του «Trauma and Affects». Σε αυτή περιέγραψε την επιρροή του ψυχικού τραύματος στην ικανότητα του ατόμου να εκφράζει με λέξεις την εμπειρία του καθώς και τη βλάβη που προκαλεί το ψυχικό τραύμα στη συμβολική λειτουργικότητα, ένα θέμα πολύ κεντρικό στην έρευνα για την παιδική κακοποίηση κατά την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα. Αυτές οι έρευνες έγιναν μετά την έκδοση του DSM III ώστε να συμπεριληφθούν στον ορισμό της

Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες ,όμως στην αναθεωρημένη έκδοση του έγιναν οι κατάλληλες τροποποιήσεις για να συμπεριληφθούν (APA,1987).

1.5 Η Αναπτυξιακή Επίδραση του Τραύματος

Μελέτες που έγιναν τον 20ο αιώνα έδειξαν πως και στους ενηλίκους και στα παιδιά η ασφάλεια του δεσμού προσκόλλησης είναι η πρωταρχική άμυνα ενάντια στην ψυχοπαθολογία του ψυχικού τραύματος (Finklehor & Browne,1985). Η προσκόλληση είναι ένας, βιολογικής φύσης, δεσμός μεταξύ του παιδιού και του παρέχοντος τη φροντίδα προσώπου, ο οποίος αποσκοπεί στη διατήρηση της ασφάλειας και της επιβίωσης του παιδιού. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο, το παιδί επιζητά την εγγύτητα με το άτομο που το φροντίζει, προκειμένου να αποσπάσει μια βοηθητική και ανακουφιστική ανταπόκριση (Gabbard, 2006).

Μία από τις βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης είναι ότι, τα αναπτυσσόμενα βρέφη και τα μικρά παιδιά έχουν ανάγκη να αναπτύξουν μια ασφαλή εξάρτηση από ένα κύριο πρόσωπο που το φροντίζει, συνήθως τη μητέρα, πριν ξανοιχτούν στις μη οικείες καταστάσεις, χρησιμοποιούν δηλαδή τη προσκόλληση αυτή ως «ασφαλή βάση» για εξερεύνηση του περιβάλλοντος και τον αποχωρισμό. Σε δεύτερη φάση το βρέφος αναπτύσσει κάποια «εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα» τα οποία είναι εσωτερικές- νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των ατόμων που το φροντίζουν. Οι εσωτερικές αυτές αναπαραστάσεις λειτουργούν ως πρότυπα για τις μεταγενέστερες διαπροσωπικές σχέσεις (Bowlby, 1973). Σύμφωνα με τον Bowlby, οι αναπαραστάσεις αυτές συνδέονται με τον βαθμό στο οποίο το άτομο ήταν αποδεκτό και άξιο αγάπης στα μάτια αυτών με τους οποίους δημιούργησε τους πρώτους δεσμούς προσκόλλησης, τους ανθρώπους δηλαδή που το φρόντιζαν ως βρέφος. Ο κύριος στόχος της προσκόλλησης είναι να καταφέρει το παιδί να δημιουργήσει ένα εσωτερικό μοντέλο του εαυτού του το οποίο είναι ασφαλές. Η ασφαλής προσκόλληση με το άτομο που το φροντίζει απελευθερώνει το βρέφος ώστε να μπορέσει να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του έχοντας τη σιγουριά ότι ο φροντιστής θα είναι στη διάθεση του όποτε το παιδί τον χρειαστεί. Η ασφαλής προσκόλληση επίσης, γεννάει μια θετική, συνεκτική και σταθερή (συνεπής) εικόνα του εαυτού και μια γενική αίσθηση ότι αξίζει να

αγαπηθεί, η οποία συνδυάζεται με μια γενική θετική αντίληψη για τους σημαντικούς άλλους (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons- Ruth, 2004).

Η αίσθηση λοιπόν του εαυτού προσδιορίζεται από τις αλληλεπιδράσεις του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους και έχει τα θεμέλια της στις σημαντικές σχέσεις της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Επομένως το ψυχικό τραύμα που δημιουργείται την περίοδο εκείνη παρεμβαίνει στην ανάπτυξη της ταυτότητας του Εγώ και στην ικανότητα ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας (Cole, Putnam, 1992).

Το ψυχικό τραύμα παρεμβαίνει στην εκμάθηση των παιδιών να διαχειρίζονται τη διέγερση. Αυτό συντελεί στη δημιουργία ενός ευρέος φάσματος προβλημάτων από μαθηματικές δυσλειτουργίες μέχρι και αυτοεπιθετικότητα ή ετεροεπιθετικότητα (Pygnoss & Eths, 1985). Η ικανότητα της ρύθμισης των εσωτερικών καταστάσεων και των συμπεριφορικών αποκρίσεων σε εξωτερίκευση τους στρες προσδιορίζει αρχικά το βασικό πυρήνα του ανθρώπου και επιπλέον τη συμπεριφορά του στα άτομα που τον περιβάλλουν. Έχει φανεί πως οι ψυχικά τραυματισμένοι άνθρωποι ως ανήλικοι ένιωθαν ευάλωτοι να δράσουν και τα κακοποιημένα παιδιά παρουσίαζαν μεγάλη δυσλειτουργία στη λεκτική περιγραφή της συναισθηματικής τους κατάστασης (Chicceti, White, 1990).

Προς το τέλος του 20ου αιώνα εκδόθηκαν δύο σπουδαία επιστημονικά περιοδικά με επίκεντρο το παιδικό ψυχικό τραύμα, το «Child Abuse and Neglect» και το «Developmental Psychopathology». Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου η ψυχιατρική αναγνώρισε πως πολύ μεγάλος αριθμός ψυχιατρικών ασθενών είχε παρελθοντικές τραυματικές ιστορίες. Ο Van Der Kolk με τους συνεργάτες του (Van Der Kolk, Herman, Perry, 1989) απέδειξαν πως η οριακή διαταραχή προσωπικότητας και πλήθος επιθετικών συμπεριφορών εναντίον του εαυτού και των άλλων πολύ συχνά συνδέονται με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες. Η κατανόηση της συσχέτισης ανάμεσα σε συγκεκριμένα ψυχολογικά προβλήματα και στο ψυχικό τραύμα επιτρέπει την βαθύτερη εκτίμηση των συναισθημάτων αυτών των ασθενών και του τρόπου συμπεριφοράς τους.

1.6 Ψυχικό τραύμα και Freud

Κατά τους Pearlman & Saakvitne (1995), υπάρχουν τέσσερις σημαντικές αλληλένδετες θεωρητικές γραμμές στη ψυχανάλυση και στη θεωρία του τραύματος: 1. Ο αιτιώδης συνδυασμός μεταξύ σεξουαλικού τραύματος κατά τη παιδική ηλικία και η συμπτωματολογία στους ενήλικες.

2. Η επεξεργασία των καταστάσεων συνειδητότητας, ειδικά των ψυχολογικών μηχανισμών της αποσύνδεσης και της απόθησης.

3. Η αναγνώριση ότι τα πρότυπα των ασυνείδητων αντικειμενοτρόπων σχέσεων επανεμφανίζονται στη μεταβίβαση, στις επαναδιαδραματίσεις και στον καταναγκασμό της επανάληψης.

4. Η επίγνωση του αντίκτυπου του προσώπου του θεραπευτή στη θεραπευτική διαδικασία και της έννοιας της αντιμεταβίβασης.

Ως προς τη πρώτη θεωρητική γραμμή δηλαδή τον σύνδεσμο μεταξύ σεξουαλικού τραύματος κατά την παιδική ηλικία και συμπτωματολογία στους ενήλικες, ο Freud μαζί με τους συνεργάτες του, Breuer, Charcot και Janet, μελέτησαν μια σειρά από φαινόμενα ομαδοποιημένα κάτω από την κεφαλίδα των συμπτωμάτων της υστερίας, η οποία περιελάμβανε φαινόμενα αποσύνδεσης, καταστάσεις φυγής, τραυματικές αναμνήσεις, συναισθηματική εκφόρτιση, σωματοποίηση, διαταραχές μετατροπής, κατακυριευμένο συναίσθημα, (κάποιες φορές αναφέρεται ως «η ωραία αδιαφορία») απόθηση, μετάθεση. Οι αντιδράσεις αυτές σήμερα θα μπορούσαν να συνδεθούν με τη μετατραυματική συμπτωματολογία. Η μελέτη της υστερίας θα οδηγήσει τον Freud να αναζητήσει την αιτία του νευρωτικού συμπτώματος σε ένα πρώιμο τραύμα σεξουαλικής φύσεως. Επρόκειτο για ένα εξωτερικό πραγματικό γεγονός το οποίο λόγω του απρόσμενου χαρακτήρα του, της έντασής του, της εμφάνισής του σε μια περίοδο όπου το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να το κατανοήσει, μένει αναφομοίωτο στον ψυχισμό.

Το τραυματικό γεγονός πραγματοποιείται σε δύο χρόνους και παράγει ένα συναίσθημα παθογόνο. Σε ένα πρώτο χρόνο το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια έκθεση σε κάποια σεξουαλική πράξη με έντονη σημασιодότηση. Η ανάμνηση του γεγονότος αυτού καθ'αυτού δεν είναι απαραίτητα η ίδια παθογόνος αλλά γίνεται

τραυματική όταν αναζωπυρωθεί μέσω μιας δεύτερης σκηνής και συνδεθεί με την πρώτη. Δηλαδή υπάρχει ένα αποτέλεσμα εκ των υστέρων. Αρχικά, ο Freud και κατ' επέκταση η Ψυχανάλυση, χρησιμοποίησε τη λέξη τραύμα για να «μεταφέρει σε ψυχικό επίπεδο τις τρεις σημασιοδοτήσεις που ο όρος αυτός περιέχει: βίαιος κλονισμός, ρήξη (λύση συνέχειας) και συνέπειες πάνω στο σύνολο της ψυχικής οργάνωσης» (Laplanche & Pontalis, 1986). Η έννοια του τραυματισμού, σύμφωνα με τον Freud, τίθεται στο πλαίσιο της ψυχικής οικονομικής θεώρησης και βασίζεται στην αρχή της σταθερότητας (Breuer & Freud, 1895). Το τραύμα είναι μία «βιωματική εμπειρία η οποία επιφέρει σε ένα κλάσμα του χρόνου, μια τόσο ισχυρή αύξηση της διέγερσης στο εσωτερικό της ψυχικής ζωής, που η εκκαθάριση της ή η επεξεργασία της με τα συνήθη φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, πράγμα που συνεπάγεται μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής ψυχικής λειτουργίας». Σύμφωνα με τον Freud, στο τραύμα, η εισροή διεγέρσεων είναι υπερβολική, συγκριτικά με αυτό που μπορεί να αντέξει ο ψυχισμός, είτε πρόκειται για ένα μεμονωμένο εξαιρετικά βίαιο συμβάν είτε για συσσώρευση μικρών διεγέρσεων. Ο τραυματισμός δηλαδή μπορεί να οφείλεται σε ένα αιφνίδιο και βίαιο συμβάν είτε σε μικρότερης κλίμακας, αναφορικά με την βιαιότητα έλευσης του, το οποίο όμως έρχεται να προστεθεί σε μία ψυχική οργάνωση που ήδη εμπεριέχει σημεία μη αντοχής και ρήξης.

Ο Freud μέσω της κλινικής του εμπειρίας διατύπωσε της θεωρία της «σαγήνης» (1896), όπου ο όρος τραύμα αρθρώνεται με το ερώτημα της αιτιολογίας των νευρώσεων. Συμπέρανε, ότι οι ψυχονευρώσεις γενικότερα και η υστερία ειδικότερα, είχαν τις ρίζες τους σε τραυματικές σεξουαλικές εμπειρίες σαγήνης κατά την παιδική ηλικία, θέτοντας τα θεμέλια της θεωρίας της σαγήνης. Συγκεκριμένα, η μελέτη του τραύματος οδηγεί στην ύπαρξη: α) μιας σκηνής σαγήνης από έναν ενήλικα προς ένα παιδί πριν την εφηβεία β) ενός γεγονότος μετά την εφηβεία που συνδέεται με τη σκηνή σαγήνης της παιδικής ηλικίας μέσω ενός χαρακτηριστικού, το οποίο φαινομενικά δεν ενέχει σχέση και ενεργοποιεί ένα σύμπτωμα. Αυτό το γεγονός προκαλεί την ανάδυση μιας συσσώρευσης εσωτερικών διεγέρσεων και προκαλεί την απόθεση της ανάμνησης της σκηνής σαγήνης. Για τον Freud αυτό που είναι παθογόνο δεν είναι μόνο η σκηνή που προκαλεί το τραύμα αλλά επίσης η ανάμνησή του. Για αυτό το λόγο μας λέει πως οι υστερικές υποφέρουν από αναμνήσεις (Freud, 1893). Μας εξηγεί ότι το υστερικό σύμπτωμα εξαφανίζεται όταν η ανάμνηση του τραύματος και το συναίσθημα που συνδέεται μαζί του αφυπνίζονται και εκφράζονται μέσω του λόγου.

Αλλά το τραυματικό γεγονός υποβάλλεται από αμνησία, ξεχνιέται. Το τραύμα χάνεται και η έκφρασή του μέσα από το λόγο είναι μια προσπάθεια να ξαναβρεθεί. Το τραύμα επομένως προσεγγίζεται από τα «παράσιτα» που το περιτριγυρίζουν δηλαδή τα συναισθήματα, τις αναμνήσεις και τις αναπαραστάσεις. Αρχικά, λοιπόν, ο Freud θεωρεί το τραύμα σαν μια παθολόγνα εμπειρία που καθορίζεται από την παραγωγή συναισθήματος. Καθώς υποθέτει ότι το τραύμα είναι ένα πραγματικό γεγονός, αυτό επιφέρει παθολόγνα αποτελέσματα.

Το ψυχικό τραύμα σχετίζεται με την πρόκληση ρήξης στον ψυχισμό προκαλώντας τροποποιήσεις καθώς και την ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας. Το τραυματικό γεγονός απωθείται στο ασυνείδητο. Μπορούμε κατόπιν να το προσεγγίσουμε στη ψυχοθεραπεία με κατάλληλες τεχνικές. Το υστερικό σύμπτωμα θεωρείται το έκδηλο υποκατάστατο ενός ψυχικού τραυματισμού που προέρχεται από μια συγκίνηση. Ο Freud υπογραμμίζει ότι δεν υπάρχει μόνο ένα τραυματικό γεγονός, αλλά πολλοί εν μέρει τραυματισμοί που συνδέονται μεταξύ τους. Αυτοί οι τραυματισμοί, φαινομενικά ανώδυνοι, αποτελούν τα θραύσματα της ιστορίας της ψυχικής ασθένειας και επιτρέπουν στο υποκείμενο να κατασκευάζει τον ατομικό του μύθο. Αν και αργότερα ο Freud αποποιήθηκε τη καθολικότητα του τραύματος στην αιτιολογία των νευρώσεων, στην πραγματικότητα ποτέ δεν εγκατέλειψε όπως μερικοί υποστήριζαν (Masson, 1984), την αναγνώριση του σεξουαλικού τραύματος (Demauxe, 1991. Levine, 1990).

Η μετακίνηση του Freud από τη θεωρία της σαγήνης, τον έκανε να κινηθεί προς άλλες έννοιες όπως τις έννοιες της ενδοψυχικής λειτουργικότητας, της ψυχικής πραγματικότητας, της φαντασίωσης και του σχηματισμού συμβιβασμού, δημιουργώντας την θεωρία της ψυχανάλυσης. Θεωρητικά, ήταν μια κίνηση προς τα μέσα, από το διαπροσωπικό στο ενδοψυχικό. Για τις επόμενες οκτώ δεκαετίες αυτή η κίνηση είχε σημαντικές εφαρμογές στην κατανόηση των κλινικών φαινομένων όσον αφορά στην θέση των τραυματικών εμπειριών στην ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου (Pearlman & Saakvitne, 1995). Η έννοια του ψυχικού τραύματος διαμορφώνεται προοδευτικά από τον Freud πολύ περισσότερο και συνδέεται με τη γενική θεωρία των νευρώσεων. Ο Freud προσπαθεί να προσεγγίσει τον ειδικό μηχανισμό άμυνας στις νευρώσεις και κάποιες ψυχώσεις. Η αιτιολογία, λοιπόν, των νευρώσεων παραπέμπει σε έναν ψυχικό μηχανισμό μέσω του οποίου το Εγώ αμύνεται απέναντι σε μια ιδέα ασυμβίβαστη απωθώντας την έξω από τη συνείδηση, για

παράδειγμα μια μη αποδεκτή σεξουαλική αναπαράσταση. Ένα μετέπειτα τραυματικό γεγονός αφυπνίζει ίχνη ενός παιδικού τραυματισμού. Μπορεί να είναι η παιδική ανάμνηση ενός συναισθηματικού βιασμού ή η πρόωγη παρουσία του παιδιού σε σεξουαλικές σκηνές ή το άκουσμα πραγμάτων γύρω από τη σεξουαλικότητα. Ο πραγματικός τραυματισμός είναι ο παιδικός ψυχοσεξουαλικός τραυματισμός γιατί κινητοποιεί μια μεγάλη ποσότητα ψυχικής ενέργειας.

Ο Freud δεν θεωρεί πλέον απαραίτητο για να εξηγήσει την εμφάνιση ενός συμπτώματος να ψάξει και να βρει στη μνήμη του ασθενή ένα πραγματικό τραυματικό γεγονός στην ιστορία του. Η οδυνηρή αναπαράσταση δεν είναι ανάγκη να έχει σχέση με μια μακρινή αποπλάνηση που έχει ασκήσει ένας ενήλικας σε έναν άτομο κατά τη παιδική του ηλικία. Αρκεί, λέει ο Freud, να φανταστούμε την εξέλιξη αυτού του σώματος που μεγαλώνει και κατακλύζεται από τις ενορμήσεις για να καταλάβουμε πως κάθε εμπειρία, κάθε αίσθηση που ζούμε όταν είμαστε παιδιά στο επίπεδο των διαφορετικών ερωτογενών περιοχών, όπως το στόμα, το δέρμα, έχει μια ταυτόσημη αξία με ένα τραύμα. Χωρίς να είναι υποχρεωτική μια πραγματική τραυματική εμπειρία, η οποία μπορεί να προκληθεί από έναν εξωτερικό παράγοντα, το παιδικό (ανώριμο) Εγώ, αυτό το ίδιο από μόνο του κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής ωρίμανσης αποτελεί τη φυσική έδρα όπου εκκολάπτεται μια έντονη, βίαιη, υπερβολική ένταση.

Όσο ο Freud αναπτύσσει τις θεωρήσεις του για το ασυνείδητο, τόσο βάζει σε ερώτημα την «πραγματική» ύπαρξη του εξωτερικού τραυματικού γεγονότος. Χωρίς να εγκαταλείψει ποτέ εξ' ολοκλήρου την υπόθεσή του, το τραυματικό γεγονός από πρωταρχική αιτία της νεύρωσης γίνεται αιτία έναρξής της. Το εξωτερικό γεγονός δεν επεμβαίνει παρά ξυπνώντας μια εσωτερική διέγερση που υπάρχει ήδη. Συμπεραίνει ότι οι σκηνές σαγήνης που συναντούσε στις υστερικές γυναίκες είναι φανταστικές και απορρέουν από μια φαντασίωση που όμως διεγείρει τεράστιες ποσότητες ψυχικού πόνου τις οποίες δε μπορεί να διαχωριστεί το αδύναμο Εγώ τους. Προσδιορίζει ότι η ψυχαναλυτική εργασία και θεραπεία με τους ασθενείς δεν είναι αποτέλεσμα ανάμνησης ενός τραυματικού γεγονότος αλλά μιας φαντασίωσης. Ο Freud καταλήγει στην έννοια της ψυχικής πραγματικότητας δηλαδή αυτού που για τον ψυχισμό παίρνει αξία πραγματικότητας σαν να ήταν αληθινή. Υποστηρίζει ότι «στον κόσμο των νευρώσεων είναι η ψυχική πραγματικότητα που παίζει καθοριστικό ρόλο». Είτε πρόκειται για μια φαντασίωση συνδεδεμένη με ένα πραγματικό γεγονός, είτε πρόκειται για μια φαντασίωση αυτό δεν αλλάζει την επίπτωση ως τραύμα στο ψυχισμό και τη

σημασία που έχει στην ψυχική οικονομία του ατόμου. Σιγά σιγά η θέση της παθογόνου φαντασίωσης θα έρθει στη θέση του πραγματικού γεγονότος χωρίς ωστόσο να το αντικαταστήσει (Freud, 1915- 1917).

Στη δεκαετία του 1920 ο Freud θα επανέλθει στην έννοια του τραύματος μέσα από τη μελέτη του επάνω στις νευρώσεις πολέμου. Η έννοια του τραύματος διευρύνεται και τραυματικές ονομάζονται πλέον οι εξωτερικά προερχόμενες διεγέρσεις που είναι πολύ δυνατές και διαρρηγνύουν τον οπλισμό του ψυχισμού. Στην αιτιολογία των νευρώσεων αυτών συναντάμε ένα τραυματικό γεγονός και εσωτερικές βίαιες καταστάσεις που γίνονται γενεσιουργοί παράγοντες τραύματος. Η μελέτη της έννοιας του τραύματος μέσα από την προβληματική της αιτιολογίας των νευρώσεων και του σχηματισμού του συμπτώματος οδηγεί τον Freud να δώσει στον τραυματισμό έναν ορισμό με όρους ψυχικής οικονομίας «...ο όρος τραυματικός δεν έχει άλλο νόημα παρά ένα οικονομικό νόημα. Ονομάζουμε έτσι ένα γεγονός που έχει βιωθεί και το οποίο, σε σύντομο χρονικό διάστημα, φέρει στην ψυχική ζωή ένα πλεόνασμα διέγερσης του οποίου η κατάργηση ή η αφομοίωση από φυσιολογικές οδούς γίνεται αδύνατη, πράγμα που έχει σαν αποτέλεσμα διαρκείς διαταραχές στην χρήση της ενέργειας» (Freud, 1915- 1917). Με αυτήν την έννοια όλοι είμαστε πολύ-τραυματισμένοι σε διάφορους βαθμούς. Και για τις δύο περιπτώσεις υπάρχει τραυματικό γεγονός, σύμφωνα με την έννοια του τραύματος για τον Freud. Η τραυματική κατάσταση υπάρχει όταν προκαλείται μια μεγάλη ποσότητα διέγερσης που δεν αποφορτίζεται.

Έτσι ο Freud ξεκινάει τη θεωρητική του διαδρομή από το εξωτερικό τραυματικό γεγονός της σαγήνης μέχρι τη φαντασίωση και συνεχίζει με τη διάρθρωση της ενόρμησης για να καταλήξει στο άγχος. Είναι μια αγωνία που σχετίζεται με τον κίνδυνο. Η ενόρμηση μπορεί να συναντήσει εξωτερικές δυσκολίες που εμποδίζουν τραυματικά την ικανοποίησή της. Το τραυματικό γεγονός έρχεται πάντα από έξω. Όμως ο Freud υπογραμμίζει πως ο εξωτερικός κίνδυνος δεν είναι τραυματικός παρά μόνο εάν περνάει από μια εσωτερική ψυχική κατάσταση. Για τις επόμενες οκτώ δεκαετίες η κίνηση αυτή είχε σημαντικές εφαρμογές στη κατανόηση των κλινικών φαινομένων, όσον αφορά στη θέση των τραυματικών εμπειριών στη ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου (Pearlman & Saakvitne, 1995).

Η δεύτερη εξελικτική θεωρία που αφορά στη σύνδεση ψυχανάλυσης και τραύματος, είναι, κατά τους Pearlman και Saakvitne (1995), η επεξεργασία των

καταστάσεων συνείδησης, έχοντας ως επίκεντρο την διαθεσιμότητα και την ενσωμάτωση του γνωστικού παράγοντα, του συναισθήματος, της μνήμης και της γνώσης. Αυτή η διερεύνηση επικεντρώθηκε αρχικά στην ύπωση, στην απώθηση και στην αποσύνδεση. Ενώ η αποσύνδεση και η απώθηση, είναι έννοιες κλειδιά στην ψυχανάλυση και στη θεωρία του τραύματος, θεωρούνται εντούτοις, ότι, λειτουργούν σε διαφορετικές κατευθύνσεις. Οι όροι αυτοί χρησιμοποιήθηκαν κατ' εναλλαγή από αρκετούς από τους πρώτους ψυχαναλυτικούς συγγραφείς, συμπεριλαμβάνοντας τον ίδιο το Freud, δημιουργώντας κάποια σύγχυση.

Η αποσύνδεση και η απώθηση θεωρήθηκαν προστατευτικές ψυχολογικές αντιδράσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται όταν παρουσιάζεται μία αφόρητη εγρήγορση (αύξηση ψυχικής ενέργειας) η οποία απειλεί να κατακλύσει το Εγώ του ατόμου, την γενικότερη αίσθηση του εαυτού και την ψυχική ακεραιότητα. Η αποσύνδεση έχει παραδοσιακά θεωρηθεί ως η απάντηση του ψυχικού οργάνου μπροστά σε μια εξωτερική απειλή (αρχικά) και η απώθηση ως η απάντηση σε μία εσωτερική απειλή. Οι Davies και Frawley (1994) προέβησαν, σε κάποιες διακρίσεις μεταξύ των δύο αυτών διαδικασιών. Συμπεραίνουν, ότι, η απώθηση αποτελεί μια περισσότερο ενιαία, μονής δράσης άμυνα, η οποία ενεργοποιείται σε συνεκτικά νοητικά περιεχόμενα, τα οποία αποτρέπουν την ενημερότητα μέσω σημάτων άγχους και σχηματισμού συμπτωμάτων ενώ η αποσύνδεση αντιπροσωπεύει την αποτυχία του ψυχισμού να επεξεργαστεί και να μεταβολίσει τα γεγονότα. Με το όρο αποσύνδεση νοείται η απουσία προστατευτικών σημάτων λειτουργίας και τελικά τον «αποκλεισμό» της ψυχικής επεξεργασίας και των εξελικτικών διαδικασιών. Η βιβλιογραφία που αφορά στη θεραπεία του τραύματος, σημειώνουν οι Pearlman και Saakvitne (1995), δίνει έμφαση στην αναγκαιότητα ο θεραπευτής ο οποίος εργάζεται με άτομα που έχουν επιβιώσει κάποιου τραύματος, να έχει μια εννοιολογική κατανόηση της διαδικασίας και των λειτουργιών της αποσύνδεσης.

Η τρίτη εξελικτική γραμμή στη παράλληλη ιστορία της ψυχανάλυσης και της θεωρίας του τραύματος είναι η ανάδυση της έννοιας της μεταβίβασης, θεωρητικά συνδεδεμένη με τα ασυνείδητα πρότυπα που αφορούν στη σχέση με το αντικείμενο, την διαδραμάτιση και τον καταναγκασμό της επανάληψης (Pearlman & Saakvitne, 1995). Ο Freud άρχισε να κατανοεί το σύνθετο και ισχυρό φαινόμενο της μεταβίβασης, βάζοντας το πλαίσιο για την ανάπτυξη της έννοιας της θεραπευτικής σχέσης. Ολοένα και περισσότερο, η βιβλιογραφία του τραύματος, σημειώνουν οι Pearlman και

Saakvitne (1995), δίνει έμφαση στο αναπόφευκτο των ασυνείδητων (επανα)διαδραματίσεων των τραυματικών σχεσιακών προτύπων. Κανένας θεραπευτής δεν μπορεί να εργαστεί επιτυχώς με άτομα που έχουν ψυχικό τραύμα χωρίς την κατανόηση των αναπόφευκτων δυναμικών της μεταβίβασης και των (επανα)διαδραματίσεων (Πρέκκα,2017).

Ως προς το τέταρτο σημείο, δηλαδή την έννοια της αντιμεταβίβασης, σημειώνεται, ότι, η έννοια αυτή είναι κεντρική στην εξέλιξη των εννοιών της θεραπευτικής συμμαχίας και της θεραπευτικής σχέσης. Η βιβλιογραφία όσον αφορά στη θεραπεία των ατόμων με ψυχικό τραύμα αναγνωρίζει ολοένα και περισσότερο, ότι, τα δυνατά συναισθήματα του θεραπευτή και η εσωτερική διαδικασία είναι καίρια συστατικά της θεραπείας. (Pearlman & Saakvitne, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (Post Traumatic Stress Disorder)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα της επίδρασης που έχουν οι τραυματικές εμπειρίες στον ψυχισμό του ατόμου. Καθώς η επιστημονική κοινότητα συνειδητοποιεί την ολοένα και αυξανόμενη συχνότητα της διαταραχής, η έρευνα τεκμηριώνει και τις συνέπειες που έχει το τραύμα για το άτομο (Gabbard, 2006).

Η διαταραχή μετά από τραυματικό στρες προκύπτει μετά από έκθεση του ατόμου σε ακραίο τραυματικό γεγονός. Σύμφωνα με το DSM IV-TR, το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός (ή γεγονότα) ,στο οποίο (ή στα οποία) επήλθε πραγματικός θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ή επαπειλούμενος θάνατος ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων. Το γεγονός μπορεί επίσης να αφορά στην πληροφόρηση του ατόμου για τον απρόσμενο ή βίαιο θάνατο, τον σωματικό τραυματισμό, την απειλή θανάτου ή τον τραυματισμό που υπέστη κάποιο μέλος της οικογένειάς του ή άλλο κοντινό πρόσωπο (APA,2000). Η βασική φαινομενολογία της συγκεκριμένης διαταραχής, όπως αυτή ορίζεται από το DSM-IV

(APA, 2000), διακρίνει τα συμπτώματα σε τρεις βασικές κατηγορίες: επαναβίωση, αποφυγή και διέγερση-εγρήγορση. Οποιοσδήποτε τύπος τραύματος μπορεί να ακολουθηθεί από διαταραχή μετατραυματικού στρες. Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν αμέσως μετά από το τραυματικό γεγονός ή αργότερα .

Η έννοια του ψυχικού τραύματος εντάχθηκε για πρώτη φορά στα ψυχιατρικά ταξινομικά συστήματα, στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III (APA, 1980), για τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό (ΔΣΜΨ), και αποτέλεσε την επίσημη αναγνώριση από τη ψυχιατρική κοινότητα ότι εξαιρετικά δυσμενή γεγονότα μπορούν να διαταράξουν τη ψυχολογική ζωή των ατόμων (Λεονάρδου & Παπαρρηγόπουλος, 2009). Όταν η διάγνωση της ΔΜΨΣ συμπεριλήφθηκε στο DSM-III, το τραύμα ορίστηκε ως ένα συμβάν «έξω από το φάσμα της συνηθισμένης εμπειρίας» (APA, 1980), ωστόσο, και καθώς η έρευνα γύρω από το τραύμα έχει ωριμάσει, έχει φανεί ότι η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα είναι ένα σχετικά σύνηθες γεγονός στον γενικό πληθυσμό.

Η διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΨΣ) έχει τις ρίζες της στην εργασία του Freud, ο οποίος ήταν ο πρώτος που αντιμετώπισε τα περισσότερα ψυχιατρικά προβλήματα ως εκδηλώσεις πρώιμων παιδικών τραυμάτων (Freud, 1915-1917), καθώς και άλλων ειδικών μεταγενέστερα, που ασχολήθηκαν με τις τραυματικές εμπειρίες που έπονται ενός πολέμου (Phillips, 1993). Από την αρχή της ιστορίας του ανθρώπου έχουν σημειωθεί χαρακτηριστικές ψυχολογικές αντιδράσεις των ανθρώπων σε καταστροφές. Όπως έχει προαναφερθεί ειδική σημασία έχει δοθεί στις αντιδράσεις των στρατιωτών σε συνθήκες πολέμου, αντιδράσεις που ονομάστηκαν «νεύρωση τρόμου»(Kraepelin,1904), «νεύρωση πολέμου» ή «νευρικό σοκ»(Page,1885).Η μελέτη των αντιδράσεων των στρατιωτών, ειδικά κατά τη διάρκεια του Α' Παγκοσμίου πολέμου, οδήγησε σε σημαντική διεύρυνση των γνώσεων μας για το σύνδρομο αυτό (Yule,1999).Αργότερα ,το επιστημονικό ενδιαφέρον στράφηκε και σε άλλα τραυματικά γεγονότα, όπως είναι η σωματική ή σεξουαλική επίθεση ,η ληστεία, η απαγωγή, η ομηρία ή η τρομοκρατική επίθεση , ο βασανισμός, η αιχμαλώτιση κάποιου ως κρατούμενου πολέμου, οι φυσικές καταστροφές ή άλλες μαζικές καταστροφές , όπως το ατύχημα του Τσέρνομπιλ, τα σοβαρά αυτοκινητικά ατυχήματα ή η διάγνωση σοβαρής νόσου που απειλεί τη ζωή του ατόμου. Στα τραυματικά γεγονότα όπου το ίδιο το άτομο υπήρξε μάρτυρας, περιλαμβάνονται η μαρτυρία θανάτου ή σοβαρού σωματικού τραυματισμού λόγω βίαιης επίθεσης , ατυχήματος, πολέμου ή άλλης

καταστροφής, η ξαφνική, απρόσμενη επαφή με πτώμα κ.λπ. Η πληροφόρηση του ατόμου αφορά σε γεγονότα όπως ο θάνατος, η βίαιη προσωπική επίθεση, το σοβαρό ατύχημα, ο βαρύς τραυματισμός ενός μέλους της οικογένειας ή κοντινού προσώπου ή η ανακοίνωση ότι το παιδί του έχει κάποια σοβαρή ασθένεια που απειλεί τη ζωή του (APA, 2000). Ο πιο συνηθισμένος εκλυτικός παράγοντας για τις γυναίκες είναι ο βιασμός και για τους άνδρες η μάχη. Εντούτοις, το πιο συνηθισμένο γεγονός που προηγείται της εμφάνισης της διαταραχής είναι η ξαφνική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου (Breslau, Kessler, Chilcoat, Shultz, Davis & Andreski, 1998).

Το 1976, ο Horowitz, με τη δημοσίευση μίας έρευνας - ορόσημο για τον αντίκτυπο του τραύματος στη προσωπικότητα του ατόμου, ήταν αυτός ο οποίος έβαλε τα θεμέλια για την μελέτη της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα, παρατήρησε ότι τα θύματα των τραυματισμένων εναλλάσσονταν μεταξύ της άρνησης του συμβάντος και της καταναγκαστικής του επανάληψης, μέσω της αναβίωσης του ή μέσω εφιαλτικών ονείρων (Horowitz, 1976). Ο νους με αυτό τον τρόπο, προσπαθεί να επεξεργαστεί και να οργανώσει τα κατακλυσμιαία ερεθίσματα. Εισαγωγικά, η διαταραχή άγχους μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία εκδηλώνεται μετά από την έκθεση ενός ατόμου σε ψυχοτραυματικό γεγονός, από το οποίο αισθάνθηκε ότι απειλείται σοβαρά ο ίδιος ή άλλο άτομο, ενώ παράλληλα απάντησε σε αυτό με έντονο φόβο, αβοηθητότητα ή τρόμο. Προκειμένου να δοθεί η διάγνωση, το άτομο θα πρέπει να επαναβιώνει το ψυχοτραυματικό γεγονός με ποικίλους τρόπους, να αποφεύγει ερεθίσματα τα οποία του το θυμίζουν, να αμβλύνεται η γενική του απαντητικότητα, να παρουσιάζει συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας και έκπτωσης της λειτουργικότητας του για διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα (Κόλλιας, Κονταξάκης & Χριστοδούλου, 2005).

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες αφορά στην άμεση αντίδραση του ατόμου με έντονο φόβο, με αίσθημα αβοήθητου ή με τρόμο. Αργότερα το άτομο εκδηλώνει τα ακόλουθα συμπτώματα: επίμονη αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραύμα, καταστολή της διαθεσιμότητας για ανταπόκριση, καθώς και επίμονα συμπτώματα αυξημένης εγρήγορσης.

Το τραυματικό συμβάν μπορεί να αναβιωθεί με διάφορους τρόπους, όπως με επαναλαμβανόμενες παρείσακτες αναμνήσεις του γεγονότος (για παράδειγμα, όταν

μπροστά στα μάτια του πάσχοντα εμφανίζεται ξαφνικά η εικόνα του τροχαίου) ή με επαναλαμβανόμενα επώδυνα όνειρα με περιεχόμενο το συγκεκριμένο γεγονός. Πιο σπάνια, με αποσυνδεδετικά επεισόδια, όπου ο πάσχων αισθάνεται ως εάν να αναβιώνει την τραυματική εμπειρία, τα οποία μπορεί να συνδέονται από παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις.

Όταν ο πάσχων εκτίθεται σε καταστάσεις ή ερεθίσματα που μοιάζουν ή συμβολίζουν το τραυματικό γεγονός (ή κάποιο μέρος του γεγονότος), αισθάνεται έντονο φυσιολογικό στρες ή σωματική ετοιμότητα. Αποφεύγει ερεθίσματα που σχετίζονται με το συμβάν, όπως δραστηριότητες καταστάσεις ή ανθρώπους που του το θυμίζουν, συζητήσεις για το γεγονός, καθώς και δικές του σκέψεις και συναισθήματα για το τραύμα. Μπορεί ακόμη να αδυνατεί να ανακαλέσει κάποια σημαντικά στοιχεία του τραυματικού περιστατικού.

Μετά από το γεγονός, η συναισθηματική διαθεσιμότητα του πάσχοντα μειώνεται σημαντικά αισθάνεται «ψυχικά μουδιασμένος» ή νομίζει ότι διακατέχεται από μια «συναισθηματική αναισθησία». Το ενδιαφέρον και η συμμετοχή του σε δραστηριότητες που παλαιότερα του έδιναν ευχαρίστηση μειώνονται. Ο ίδιος αισθάνεται αποκομμένος και απομακρυσμένος από τους άλλους ανθρώπους και με περιορισμένη ικανότητα να βιώνει συναισθήματα, ειδικά όσα σχετίζονται με την εγγύτητα, την τρυφερότητα και τη σεξουαλικότητα. Μπορεί επίσης να έχει μία αίσθηση συρρίκνωσης του μέλλοντος του, δεν προσδοκά δηλαδή ότι θα έχει φυσιολογική χρονική διάρκεια και εξέλιξη ζωής· για παράδειγμα, σκέφτεται ότι δε θα προλάβει να παντρευτεί και να κάνει παιδιά.

Ο πάσχων βιώνει επίμονα συμπτώματα εγρήγορσης ή άγχους που δεν παρουσίαζε πριν από το τραυματικό γεγονός. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος επειδή ξυπνά συχνά λόγω των επαναλαμβανόμενων εφιαλτών σχετικά με το συμβάν. Είναι σε επαγρύπνηση και έχει ευαισθησία στο ξάφνιασμα. Γίνεται ευερέθιστος και έχει συχνά ξεσπάσματα θυμού. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να ολοκληρώσει εργασίες και δραστηριότητες. Συχνά υποφέρει από συναισθήματα ενοχής, δηλαδή αισθάνεται τύψεις επειδή ο ίδιος εξακολουθεί να ζει, ενώ οι άλλοι δεν κατάφεραν να επιβιώσουν. Μπορεί επίσης να έχει ενοχές σχετικά με όσα αναγκάστηκε να κάνει για να επιβιώσει. Σε σοβαρές ή χρόνιες περιπτώσεις μπορεί να εκδηλώσει ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παρανοϊκή σκέψη.

Η διάγνωση μπορεί να τεθεί αν τα εν λόγω συμπτώματα εκδηλώνονται μέσα σε διάστημα τριών μηνών μετά από το γεγονός καθώς αν εμφανιστούν νωρίτερα, μπαίνει η διάγνωση της διαταραχής οξέος στρες. Η διαταραχή προσδιορίζεται με την ένδειξη «καθυστερημένης έναρξης», ενώ η πρώτη της εμφάνιση σημειώνεται τουλάχιστον 6 μήνες μετά από το τραυματικό συμβάν. Εάν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη του τριμήνου, η διαταραχή θεωρείται οξείας μορφής, ενώ ορίζεται ως χρόνιας μορφής αν η διάρκεια τους είναι τρεις μήνες ή περισσότερο. Η διάρκεια και η πορεία της διαταραχής ποικίλλει. Το 50% των πασχόντων επανέρχεται εντελώς μετά από τρεις μήνες. Σε άλλους η διαταραχή μπορεί να καταστεί χρόνια ή να επιμένει για δεκαετίες. Παρατηρείται σημαντική συννοσηρότητα με την κατάθλιψη, με άλλες αγχώδεις διαταραχές, καθώς και με την κατάχρηση ουσιών (Breslau et al.,1998;Kessler et al.,1998) .

Επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι η ΔΣΜΨ αποτελεί μια από τις συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις, αφού αφορά περίπου στο 10% του πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή τους (Kessler, Sonega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Εμφανίζεται με διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshelman et al.,1994). Οι γυναίκες γίνονται πιο συχνά θύματα βίας στην οικογένεια και εμφανίζουν συχνότερα τη διαταραχή (Breslau, Chilcoat,Kessler, Peterson et al.,1999). Ο τρόπος που θα επιδράσει ένα ψυχοτραυματικό γεγονός ποικίλλει ανάλογα με το ιδιαίτερο νόημα που έχει για το κάθε άτομο το συγκεκριμένο γεγονός. Για τους περισσότερους ανθρώπους, ένα τραυματικό γεγονός δεν τους φέρνει μόνο αντιμέτωπους με μια εξωτερική και απειλητική πραγματικότητα, αλλά και με μια εσωτερική πραγματικότητα στην οποία διακυβεύονται ιδανικά και πεποιθήσεις ασφάλειας και προσωπικού ελέγχου (Λεονάρδου & Παπαρηγόπουλος, 2009).

Οι Van der Kolk και Fizzler (1994), διέκριναν, τα αποτελέσματα των μεμονωμένων τραυματικών περιστατικών τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα «...μάλλον ξεχωριστές και καθορισμένες βιολογικές και συμπεριφορικές τους αντιδράσεις σε όσα θυμίζουν το τραύμα» από αυτά της χρόνιας κακοποίησης και απόρριψης τα οποία είναι «...πιθανόν να έχουν μια επίδραση περισσότερο διάχυτη στις ψυχολογικές και συμπεριφορικές διαδικασίες». Αυτοί οι συγγραφείς, περιγράφουν την ανικανότητα μερικών ατόμων τα οποία έχουν εκτεθεί σε διαπροσωπικό τραύμα σε πρώιμη ηλικία, να ρυθμίσουν τις συναισθηματικές καταστάσεις και τις συμπεριφορικές αντιδράσεις.

Όταν αυτές οι εμπειρίες συμβαίνουν στα πρώτα στάδια της ζωής, επιδρούν όχι μόνο στη τρέχουσα λειτουργικότητα, αλλά στη «...συνολική ανάπτυξη της προσωπικότητας», καταλήγοντας σε ένα σύνδρομο σύνθετης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες - ΔΜΨΣ - η οποία περιλαμβάνει προβλήματα στη ρύθμιση συναισθηματικών εξάρσεων, ψυχική αποσύνδεση, σωματοποίηση, αλλαγές στη πρόσληψη του εαυτού και του άλλου καθώς και αλλαγές στα εννοιολογικά συστήματα του ατόμου (Van der Kolk & Fizzler, 1994).

Σύμφωνα με το DSM-IV (DSM-IV, 1994), τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι κυρίως διαπροσωπικά: αποφυγή ανθρώπων που συνδέονται με κάποιο τρόπο με το περιστατικό, αισθήματα αποξένωσης από τους άλλους, περιορισμένο εύρος συναισθημάτων (πχ το άτομο δε μπορεί να αισθανθεί αγάπη), αίσθηση περιορισμένης μελλοντικής προοπτικής (πχ το άτομο δεν περιμένει να έχει μια επαγγελματική καριέρα, να παντρευτεί, να κάνει παιδιά) και έντονη ευερεθιστότητα ή ξεσπάσματα θυμού. Οι παράγοντες αυτοί αντανakλούν κάποιες από τις δυσκολίες που οι τραυματισμένοι άνθρωποι έχουν, αναφορικά με τις σχέσεις τους με τους άλλους. Αντίστροφα, τα προβλήματα δυσκολεύουν και τους άλλους ανθρώπους να συσχετιστούν μαζί τους, πράγμα που οδηγεί εντέλει στην κοινωνική απομόνωση και αποξένωση τους, επιδεινώνοντας έτσι τα αρχικά αποτελέσματα από τις τραυματικές εμπειρίες (πχ κοινωνική υποστήριξη και υποστηρικτικές σχέσεις) (Pearlman & Courtois, 2005).

Το σχετικό ερευνητικό έργο υποδεικνύει ότι σε αυτό παίζουν σημαντικό ρόλο διάφοροι παράγοντες (Nemeroff, Bremner, Foa, Mayberg, North & Stein, 2006). Η σοβαρότητα και η φύση του γεγονότος είναι ο πιο βασικός παράγοντας (King, King, Foy & Gudanowski, 1996; Putnam 1996). Σοβαρά τραύματα που σχετίζονται με την ανθρώπινη βούληση, όπως για παράδειγμα βιασμοί, βασανισμοί κ.λπ., αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής (Rubonis & Bickman, 1991). Η σωματική απόσταση του πάσχοντα από το γεγονός είναι επίσης σημαντική, δηλαδή η μεγαλύτερη εγγύτητα αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης συμπτωμάτων. Ο αριθμός των τραυματικών γεγονότων επίσης σχετίζεται με την εμφάνιση της διαταραχής: όσα περισσότερα είναι τα τραυματικά γεγονότα, τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να παρουσιαστεί η διαταραχή. Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το φύλο είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες με τη μικρότερη ηλικία, το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και το γυναικείο φύλο να αποτελούν παράγοντες αυξημένου κινδύνου (Breslau et al., 1991). Το

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ατόμου έχει σημαντική επιρροή, δηλαδή τα χαμηλότερα επίπεδα συνιστούν παράγοντα επικινδυνότητας, ενδεχομένως επειδή τα άτομα που ανήκουν σε αυτά υφίστανται περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες και έχουν λιγότερες παροχές βοήθειας. Στους παράγοντες που προδιαθέτουν το άτομο να εμφανίσει τη διαταραχή περιλαμβάνονται η φτώχεια κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η προέλευση από οικογένειες με κάποια ψυχική διαταραχή, καθώς και το βίωμα χωρισμού των γονέων, επίθεσης, κακοποίησης, καταστροφής πριν από την ηλικία των 10 ετών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων μελετών, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορεί να έχουν προστατευτικό ρόλο στην αποφυγή διαταραχής. Ένας βασικός προστατευτικός παράγοντας αφορά στις πεποιθήσεις του ατόμου, όπως για παράδειγμα την πεποίθηση ότι ζει σε ένα δίκαιο κόσμο (Otto, Boos, Dalbert, Schops & Hoyer, 2006), ενώ άλλος παράγοντας αφορά στην αίσθηση του ελέγχου που το άτομο πιστεύει ότι έχει γενικώς (Regehr, Cadell & Jane, 1999).

Η σοβαρότητα, η διάρκεια και η πορεία της διαταραχής εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες. Η προσωπικότητα του πάσχοντα, η προϋπάρχουσα ψυχική του κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων τυχόν ψυχικών διαταραχών, το οικογενειακό ιστορικό και οι παιδικές εμπειρίες παίζουν σημαντικό ρόλο (Breslau et al., 1998; Darves-Bornoz et al., 1995; Orsillo, Weathers, Litz, Steinberg et al., 1996). Η κοινωνική στήριξη μετά από το γεγονός συσχετίζεται με καλύτερη έκβαση (Galea et al., 2002). Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η γενική κοινωνική αντίδραση στο συμβάν (Davis, Brickman & Baker, 1991; Taft, Stern, King & King, 1999). Παραδείγματος χάριν, πάσχοντες στρατιώτες που επέστρεψαν στις ΗΠΑ έπειτα από τη θητεία τους στο Βιετνάμ δυσκολεύτηκαν αρκετά λόγω της μεγάλης κοινωνικής τους αντίδρασης εναντίον του πολέμου, σε αντίθεση με στρατιώτες που γύρισαν από τον Περσικό κόλπο. Τα θύματα βιασμού σε ορισμένες κοινωνίες συναντούν μεγαλύτερες δυσκολίες επούλωσης λόγω της αρνητικής στάσης της κοινωνίας απέναντι τους (Clark, Watson & Mineka, 1994; Joseph, 1999). Συνήθως τα προγράμματα στήριξης των θυμάτων και οι παρεμβάσεις στην κρίση, ειδικά μετά από γεγονότα καταστροφής, έχουν εξαιρετική σημασία τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση της διαταραχής.

2.1 Αιτιοπαθογένεια της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές η ακριβής αιτιολογία της ΔΜΨΣ, δεν είναι γνωστή. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αναπτύσσουν ΔΜΨΣ ακόμη κι όταν έρθουν αντιμέτωποι με ένα ιδιαίτερα τρομακτικό και έντονο τραυματισμό. Επιπλέον, συμβάντα που φαίνονται να είναι σχετικά ήπια σε σοβαρότητα, σε ορισμένα άτομα μπορεί να πυροδοτήσουν ΔΜΨΣ, εξαιτίας του ιδιαίτερου και προσωπικού νοήματος που αποδίδει στο γεγονός το άτομο. Παλιά τραύματα είναι πιθανόν να ξυπνήσουν μέσα από καθημερινές συνηθισμένες συνθήκες (Gabbard, 2006). Ο περιβαλλοντικός παράγοντας, ήτοι το ίδιο το ψυχοτραυματικό γεγονός, παρότι αποτελεί τη πρωταρχική αιτία στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής, δεν είναι ικανός από μόνος του να την αιτιολογήσει, καθώς δεν αναπτύσσουν όλα τα άτομα τη διαταραχή μετά από την έκθεσή τους σε ένα τέτοιο γεγονός. Προϋπάρχουσες βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές καταστάσεις ευαλωτότητας, η «ενοχή των επιζώντων», η παρουσία άλλων ατόμων κοντά του την ώρα του ψυχοτραυματικού γεγονότος, η υποκειμενική βίωση του τραύματος από την πλευρά του ατόμου, αποτελούν ορισμένους μόνο από τους παράγοντες που μπορούν να ευοδώσουν ή να αναστείλουν την εκδήλωση της διαταραχής. Προδιαθεσικοί παράγοντες που διευκολύνουν στην εκδήλωση της ΔΜΨΣ περιλαμβάνουν: παρουσία παιδικού τραύματος, στοιχεία μεταιχμιακής, παρανοειδούς, εξαρτημένης ή αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, κληρονομική επιβάρυνση ή παρουσία άλλων ψυχιατρικών διαταραχών, πρόσφατες στρεσογόνες αλλαγές στη ζωή των πασχόντων, οικογενειακό σύστημα που δεν προστατεύει από την έκθεση ή που είναι ανεπαρκές, ανεπαρκές υποστηρικτικό κοινωνικό σύστημα, πρόσφατη κατανάλωση αλκοόλ και αίσθηση ότι το κέντρο ελέγχου είναι εξωγενές και όχι ενδογενές (Κόλλιας και συν., 2005; Davidson & Foa, 1993). Η χαμηλή νοημοσύνη έχει βρεθεί να σχετίζεται με τα πιο σοβαρά συμπτώματα της ΔΜΨΣ, γεγονός που υποδεικνύει ότι μερικές γνωστικές μεταβλητές μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει έναν τραυματισμό (McNally & Shin, 1995).

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ερευνών ότι η ΔΜΨΣ είναι συχνά εντονότερη και με μεγαλύτερη διάρκεια, όταν το τραυματικό γεγονός είναι αποτέλεσμα ανθρώπινου παράγοντα (Astin, Ogland- Hand, Coleman & Foy, 1995. Λεονάρδου & Παπαρρηγόπουλος, 2009). Σύμφωνα με τους Famularo, Fenon, Kinscherff & Barnum, (1994), τα παιδιά που έχουν βιώσει σοβαρής μορφής κακομεταχείριση βρίσκονται σε σημαντικό κίνδυνο να αναπτύξουν Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, μια διαταραχή

που πλήττει σοβαρά σημαντικούς αναπτυξιακούς στόχους, όπως η επίδοση στο σχολείο, η ανάπτυξη φυσιολογικών σχέσεων ανάμεσα σε συνομήλικους και ενήλικες και το πετυχημένο πέρασμα από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή.

Η ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει ότι η τραυματική εμπειρία προκαλεί την ανάδυση μιας εφησυχασμένης αλλά μη επιλυθείσας ψυχολογικής σύγκρουσης. Η επαναβίωση του παιδικού τραύματος οδηγεί σε παλινδρόμηση και σε χρήση μηχανισμών άμυνας, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι η απώθηση, η άρνηση και η μόνωση του συναισθήματος (Κόλλιας και συν., 2005). Οι Breslau, Davis, Andreski & Peterson (1991), στηριζόμενοι σε μελέτη τους, υποστήριξαν ότι ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΔΜΨΣ ενδέχεται να σχετίζεται με έναν πρώιμο αποχωρισμό από τους γονείς, με οικογενειακό ιστορικό άγχους και με προϋπάρχον άγχος ή κατάθλιψη. Η σύγχρονη ψυχοδυναμική άποψη για τη ΔΜΨΣ έχει επηρεαστεί από το έργο του Krystal (1988), ο οποίος, μέσω των ερευνών που διεξήγαγε σε επιζώντες της ναζιστικής θηριωδίας, συνέδεσε μια μείωση της έκφρασης των συναισθημάτων και μια ανάπτυξη αντοχής σε αυτά, με το ψυχικό τραύμα. Σύμφωνα με την άποψη του, ο ψυχικός τραυματισμός κατά τη παιδική ηλικία έχει ως αποτέλεσμα μια αναστολή της συναισθηματικής ανάπτυξης, ενώ το τραύμα κατά την ενήλικη περίοδο οδηγεί σε μια παλινδρόμηση στη συναισθηματική ανάπτυξη. Το τελικό αποτέλεσμα και στις δυο περιπτώσεις είναι ότι οι επιζήσαντες ενός τραυματισμού δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα συναισθήματα τους ως προειδοποιητικά σήματα. Επειδή κάθε δυνατό συναίσθημα θεωρείται ως απειλή αναφορικά με το ότι ο αρχικός τραυματισμός θα επαναληφθεί, οι ασθενείς αυτοί σωματοποιούν τα συναισθήματα ή τα φροντίζουν ιατρικά με κατάχρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Gabbard, 2006. Krystal 1988).

2.2 Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5

Τα παρακάτω κριτήρια αφορούν ενήλικες, έφηβους και παιδιά άνω των 6 ετών.

Α. Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό, ή σεξουαλική κακοποίηση με έναν ή παραπάνω από τους παρακάτω τρόπους:

1. Να βιώνει το άτομο απευθείας το τραυματικό γεγονός.
2. Να είναι αυτόπτης μάρτυρας του γεγονότος όταν συμβαίνει σε τρίτους.

3. Να μαθαίνει ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε κοντινό οικογενειακό μέλος ή σε έναν κοντινό φίλο. Σε περιπτώσεις πραγματικού ή επαπειλούμενου θανάτου ενός συγγενικού μέλους ή ενός φίλου τα γεγονότα πρέπει να ήταν τυχαία ή βίαια.

4. Να βιώνει επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απωθητικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (π.χ οι υπεύθυνοι συλλογής ανθρώπινων σωμάτων: αρχηγοί ή υπεύθυνη της αστυνομίας που εκτέθηκαν επανειλημμένα σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης).

Β. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα τα οποία συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και τα οποία ξεκινούν αφού συνέβη το τραυματικό γεγονός:

1. Επαναλαμβανόμενες μη θελημένες και ανεξέλεγκτες μνήμες του τραυματικού γεγονότος.

2. Επαναλαμβανόμενα αγχωτικά όνειρα των οποίων το περιεχόμενο ή η επίδραση του ονείρου είναι συνδεδεμένα με το τραυματικό γεγονός.

3. Αποσυνδεδετικά επεισόδια αναβιώσεων (flashbacks), στα οποία το άτομο νιώθει να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός. (π.χ τέτοιες αντιδράσεις μπορούν να συμβούν σε ένα συνεχές διάστημα κατά το οποίο ή πιο ακραία αντίδραση είναι η πλήρης απώλεια της επίγνωσης του τωρινού περιβάλλοντος).

4. Έντονη ή διαρκής ψυχολογική φθορά σε έκθεση εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων που συμβολίζουν ή προσομοιάζουν σε κάποια έκφανση του τραυματικού γεγονότος.

5. Σωματικές αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή προσομοιάζουν στο τραυματικό γεγονός.

Γ. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, ξεκινώντας μετά το τραυματικό γεγονός, η οποία εκφράζεται με ένα από τα παρακάτω:

1. Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής μνημών, σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

2. Αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής εξωτερικών υπενθυμίσεων (πχ άτομα, μέρη, συζητήσεις, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις) που αναδύουν αγχωτικές μνήμες, σκέψεις, συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

Δ. Αρνητικές αλλοιώσεις στις γνωστικές διεργασίες και στην διάθεση του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και επιδεινώνονται μετά το τραυματικό συμβάν όπως φαίνεται από δυο ή παραπάνω από τους ακόλουθους τρόπους:

1. Ανικανότητα να θυμηθεί το άτομο μια σημαντική έκφανση του τραυματικού γεγονότος τυπικά λόγω διασχιστικής αμνησίας και όχι λόγω άλλων παραγόντων (π.χ τραυματισμός στο κεφάλι, αλκοόλ ή ναρκωτικά).

2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις και προσδοκίες από τον εαυτό του, από τρίτους ή από τον κόσμο (π.χ είμαι κακός, κανείς δεν είναι έμπιστος, ο κόσμος είναι ένα εντελώς επικίνδυνο μέρος,

ολόκληρο το νευρικό μου σύστημα είναι οριστικά κατεστραμμένο).

3. Επίμονα διαστρεβλωμένα γνωστικά σχήματα που αφορούν την αιτία ή τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος και οδηγούν το άτομο στο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τρίτους.

4. Συνεχόμενη αρνητική συναισθηματική διάθεση (πχ φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή ή ντροπή.

5. Απώλεια του ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε δραστηριότητες που προηγουμένως το άτομο θεωρούσε ενδιαφέρουσες.

6. Συναισθήματα αποσυσχέτισής ή αποξένωσης από τους άλλους.

7. Επίμονη, συνεχόμενη ανικανότητα να βιώσει το άτομο θετικά συναισθήματα (πχ ευτυχία, ικανοποίηση ή αισθήματα αγάπης).

Ε. Αλλοιώσεις στην ανάδυση και στην επαναβίωση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και ξεκινούν ή επιδεινώνονται μετά το τραυματικό γεγονός όπως φαίνεται από δυο ή παραπάνω από τους παρακάτω τρόπους:

1. Ευερέθιστη συμπεριφορά και ξεσπάσματα θυμού με μικρό ή ανύπαρκτο ερέθισμα που τυπικά εκφράζονται ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς άτομα ή αντικείμενα.
2. Ριψοκίνδυνη ή καταστροφική συμπεριφορά.
3. Υπερεπαγρύπνηση.
4. Υπερβολική αντιδραστικότητα.
5. Προβλήματα συγκέντρωσης.
6. Διατάραξη του ύπνου (π.χ δυσκολία να κοιμηθεί το άτομο ή να παραμένει στον ύπνο ή ύπνος ο οποίος δεν ξεκουράζει).

ΣΤ. Διάρκεια της ενόχλησης (κριτήρια Β, Γ, Δ, Ε) για παραπάνω από ένα μήνα.

Ζ. Η δυσφορία προκαλεί κλινικά σημαντικό άγχος και δυσχέρεια στις κοινωνικές, επαγγελματικές ή σε άλλους σημαντικούς τομείς στη ζωή του ατόμου.

Η. Η δυσφορία δεν μπορεί να αποδοθεί σε κάποια οργανική επίδραση εξαιτίας μιας ουσίας (πχ φαρμακευτική αγωγή, αλκοόλ ή από κάποια άλλη κλινική κατάσταση).

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι:

Όσον αφορά τα συμπτώματα αποσυσχέτισης: τα συμπτώματα του ατόμου πληρούν τα κριτήρια για την διαταραχή μετατραυματικού stress και επιπροσθέτως ως αντίδραση στο αγχωτικό ερέθισμα, το άτομο βιώνει συνεχή επαναλαμβανόμενα συμπτώματα, έστω από ένα από τα δυο παρακάτω:

1. Αποπροσωποποίηση: Συνεχής επαναλαμβανόμενη αίσθηση στο να νιώθει το άτομο αποκομμένο από το περιβάλλον σα να ήταν ένας εξωτερικός παρατηρητής και σα να είναι αποκομμένο από τις πνευματικές και σωματικές διεργασίες (π.χ όπως νιώθει όταν είναι σε όνειρο, όπου νιώθει ότι υπάρχει μια αίσθηση του μη πραγματικού στο σώμα και στο πνεύμα του, ή να έχει μια αίσθηση ότι ο χρόνος κυλάει πολύ αργά).

2. Αποπραγματοποίηση: Συνεχής επαναλαμβανόμενη αίσθηση του ατόμου, ότι το περιβάλλον του είναι μη πραγματικό (π.χ νιώθει ότι ο κόσμος γύρω του βιώνετε σα μη αληθινός, σαν ένα όνειρο, σαν απόμακρος από αυτόν ή σαν αλλοιωμένος).

Σημείωση: όλα αυτά τα συμπτώματα αποσυσχέτισης πρέπει να μην μπορούν να αποδοθούν σε σωματικές καταστάσεις ή επιδράσεις εξαιτίας μιας ουσίας (π.χ blackout λόγω κατάρχισης αλκοόλ ή συμπεριφορά λόγω κατάχρησης αλκοόλ) ή σε κάποια άλλη κλινική κατάσταση.

Οξεία: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από 3 μήνες Χρόνια: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο

Με Καθυστερημένη Έναρξη: αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά την παρουσία του στρεσογόνου παράγοντα. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, 2013)

Πέρα από την PTSD, το DSM-5 περιλαμβάνει και την διάγνωση για τη διαταραχή από οξύ στρές. Σύμφωνα με το DSM-5, τα συμπτώματα της διαταραχής είναι παρόμοια με αυτά της PTSD, με την διαφορά ότι στην διαταραχή από οξύ στρές, διαρκούν από δύο ημέρες μέχρι ένα μήνα (Γκοτζαμάνης, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η κατάσταση στις φυλακές

Οι κρατούμενοι στις φυλακές αντιμετώπιζαν και αντιμετωπίζουν απρόβλεπτες καταστάσεις και πιέσεις στις οποίες κατάφεραν να αναπτύξουν τις απαιτούμενες δεξιότητες ώστε να αντιδράσουν και να προσαρμοστούν για να μπορέσουν να επιβιώσουν στη φυλακή. Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες, ξεκινώντας από το 1970, ένας συνδυασμός πραγμάτων έχει αλλάξει το σύστημα Δικαιοσύνης των περισσότερων χωρών και έχει τροποποιήσει τη φύση του εγκλεισμού (Haney, 1998). Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κρατούμενοι αρχικά μέσα στη φυλακή αλλά και έπειτα στην προσπάθεια τους να επανενταχθούν στην κοινωνία μετά την αποφυλάκιση τους, έχουν αλλάξει και η δυσκολία τους έχει αυξηθεί κατά πολύ. Ο υπερπληθυσμός κρατουμένων στις φυλακές, οι συνθήκες διαβίωσης τους, οι διοικήσεις των φυλακών που δεν αντιδρούν και συμβιβάζονται και η περιορισμένη πρόσβαση των κρατουμένων σε εκπαιδευτικά προγράμματα ή προγράμματα προετοιμασίας για την επανένταξή τους είναι γεγονότα που συντελούν στις προαναφερόμενες προκλήσεις.

Πολύ χαρακτηριστικά παραδείγματα που αντικατοπτρίζουν τις παραπάνω καταστάσεις είναι αυτά των φυλακών της Καλιφόρνιας και του Τέξας. Στις φυλακές αυτές ο πληθυσμός σε διάρκεια 30 ετών οκταπλασιάστηκε χωρίς να υπάρχει ανάλογη αύξηση στα χρηματικά κονδύλια και στον αριθμό προγραμμάτων για τους κρατουμένους. Για τους λόγους αυτούς έγιναν πολλές μηνύσεις στη διοίκηση των φυλακών για αντισυνταγματικές συνθήκες. Τα ομοσπονδιακά δικαστήρια και στις δύο πολιτείες απεφάνθησαν επίσης πως το σύστημα των φυλακών απέτυχε να παρέχει επαρκείς θεραπευτικές υπηρεσίες στους κρατουμένους που παρουσίασαν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας του περιορισμού σε πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης στις υπερπλήρεις πληθυσμιακά φυλακές (Coleman & Wilson, 1995).

Η δραματική αύξηση στο ποσοστό του εγκλεισμού και στον αριθμό των φυλακισμένων στις ΗΠΑ, έφερε μια δραματική αλλαγή στη λογική της λειτουργίας της ίδιας της φυλακής. Από τη λογική ότι κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους οι κρατούμενοι θα αποκτούσαν τις απαραίτητες δεξιότητες ώστε να διευκολυνθεί η παραγωγική επάνοδος τους στον ελεύθερο κόσμο, έγινε μια απότομη οπισθοδρόμηση στη δεκαετία του 1970, οπότε ο εγκλεισμός προκαλούσε πόνο στους παραβάτες κάνοντας τους ανίκανους και κρατώντας τους απλά σε απόσταση από την υπόλοιπη

κοινωνία. Η εγκατάλειψη του στόχου της αναμόρφωσης μείωσε την ανάγκη και τη διαθεσιμότητα των εκπαιδευτικών και θεραπευτικών προγραμμάτων καθώς και των κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ψυχικής υγείας εντός και εκτός φυλακής. Γενικότερα μειώθηκε το ενδιαφέρον της διοίκησης των φυλακών για την ποιότητα ζωής των κρατουμένων.

Η εγκατάλειψη του στόχου της αναμόρφωσης είχε επίσης ως αποτέλεσμα τη διάβρωση των ούτως ή άλλως μέτριων προστατευτικών μηχανισμών ενάντια στη σκληρότητα της φυλακής. Υπήρξε δραματική μείωση χρήσης τεχνικών αποκλιμάκωσης των εντάσεων ανάμεσα στους κρατουμένους και στη χρήση τεχνικών βελτίωσης που στόχευαν στην επίλυση των συγκρούσεων, από τους φύλακες και το γενικότερα το προσωπικό των φυλακών. Η συνεχής και γρήγορη εισροή νέων φυλακισμένων, οι σοβαρές μειώσεις προσωπικού των φυλακών καθώς και των οικονομικών πόρων και η αποδοχή μιας καθαρά τιμωρητικής προσέγγισης από τους εργαζομένους των φυλακών που συχνά υιοθετούν ακραίους τρόπους επιβολής της πειθαρχίας, έχουν καταστροφικά αποτελέσματα στους φυλακισμένους, καθώς καταστέλλουν απλά για σύντομο χρονικό διάστημα τις εντάσεις χωρίς να τις επιλύουν ουσιαστικά. Αυξανόμενες εντάσεις και υψηλά επίπεδα φόβου και επικινδυνότητας είναι οι συνέπειες αυτής της κατάστασης.

Η τιμωρία και ο στιγματισμός που προκύπτουν από τον εγκλεισμό οδηγούν σε περαιτέρω πραγματική και ψυχολογική απομόνωση των φυλακισμένων από την υπόλοιπη κοινωνία συμπεριλαμβανομένων των μειωμένων προγραμμάτων οικογενειακών επισκέψεων και των ήδη πενιχρών οικονομικών πηγών που χρησιμοποιούνται για να μπορέσουν να δημιουργηθούν δεσμοί με τους φυλακισμένους και την οικογένεια τους έξω από την φυλακή. Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που βοηθούσαν στη μετάβαση των κρατουμένων από τη φυλακή στην κοινωνία μετά την αποφυλάκισή τους υπονομεύτηκαν αντί να ενισχυθούν, ακριβώς τη στιγμή που ήταν περισσότερο αναγκαίες. Η αυξημένη διάρκεια της ποινής που σημαίνει και μεγάλη διάρκεια φυλάκισης αποτέλεσε στο να αποκτούν περισσότεροι φυλακισμένοι ψυχολογικά σημάδια και να μπλέκονται στο δίκτυο του εγκλεισμού αποκτώντας προβλήματα που διαφορετικά μπορεί και να μην είχαν (π.χ εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες).

Έρευνες που διενεργήθηκαν κατά την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα έδειξαν πως οι κρατούμενοι που εκτέθηκαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στις κακουχίες του εγκλεισμού απέκτησαν έντονο ψυχολογικό στρες και μακράς διάρκειας δυσλειτουργίες αντιμετωπίζοντας δυσκολίες επανένταξης σε μία κοινωνία γεμάτη προκλήσεις και έλλειψη κοινωνικών υπηρεσιών (Haney,1998).

3.1 Οι ψυχολογικές συνέπειες του Εγκλεισμού

31.1 Η φύση του Ιδρυματισμού

Οι αποφυλακισμένοι, όταν φθάνει η χρονική στιγμή να αποχωριστούν το ιδιαίτερα ιδιόμορφο περιβάλλον της φυλακής, δεν είναι πλέον οι ίδιοι άνθρωποι με εκείνους που ήταν όταν παραπέμφθηκαν στη φυλακή. Μέσα σ' αυτή, προσαρμόστηκαν και αναπαρήγαγαν έναν διαφορετικό τρόπο ζωής, υπακούοντας σε ένα υποδίκαιο, με κανόνες που διαφοροποιούνται κατά πολύ, ως προς εκείνους του θεσμοθετημένου δικαίου. Αυτός ο άτυπος κώδικας συμπεριφοράς, αποτελούμενος από ένα σύνολο ρητών επιταγών, καθοδηγούσε για ένα -μεγάλο ή μικρό- χρονικό διάστημα, την καθημερινή τους αλληλεπίδραση. Ως έγκλειστοι πιάστηκαν ώστε να αφομοιώσουν το άτυπο αυτό κανονιστικό σύστημα και , κατά συνέπεια, να υιοθετήσουν αντίστοιχες στάσεις, αξίες και ρόλους. Απόρροια της προαναφερόμενης αφομοίωσης, συνιστά η εμφάνιση του ιδρυματισμού, ενός φαινομένου που κατ'έξοχήν, αντιστρατεύεται την προοπτική της επανένταξης στην κοινωνία.

Το ασφυκτικό πλαίσιο της φυλακής σε συνδυασμό με τη μακροχρόνια παραμονή σε αυτή, εμποδίζει την αυτόνομη ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου, γυρίζοντάς το πολλές φορές σε πρώιμα στάδια ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα αυτής της κατάστασης είναι η σωματική αυτό-εγκατάλειψη, το πρώιμο γήρας, η συναισθηματική αδιαφορία και η ανυπαρξία δραστηριότητας, η έντονη ευερεθιστότητα (Κοσμάτος & Αθανασοπούλου,2010). Η εξάρτηση, η απάθεια, η πλήξη, η απελπισία και οι μειωμένες προσδοκίες είναι τα βασικά συναισθήματα του ιδρυματοποιημένου έγκλειστου. Σε ακραίες περιπτώσεις αναπτύσσονται νοητικές δυσλειτουργίες, όπως η χαοτική μνήμη, η αδυναμία συγκέντρωσης και η ανάπτυξη ψευδαισθήσεων (Μπινιώρη,2006). Οι φυλακές, λοιπόν, όπως και «κάθε κλειστό ίδρυμα, λειτουργούν σαν μια μικρή, απομονωμένη, αυταρχική κοινωνία. Επικρατούν συνθήκες κοινωνικής αποστέρησης και αποκλεισμού, κλειστές

πόρτες, φτωχό περιβάλλον, ελλείψεις βασικών αγαθών, ανικανοποίητες βασικές ανθρώπινες ανάγκες και πλήρης εξάρτηση» (Ασημόπουλος,2005). Και εδώ, οι άνθρωποι δεν αντιμετωπίζονται πάντα ως άτομα με τη δική τους προσωπική μοναδική ιστορία και τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, αλλά αδιαφοροποιήτα ως μάζα.

Ορισμένες φορές, ιδιαίτερα όταν η παραμονή στη φυλακή είναι μακροχρόνια, ο κρατούμενος ταυτίζεται σε τέτοιο βαθμό με το ίδρυμα που η ζωή έξω από αυτό του φαίνεται εξαιρετικά δύσκολη ή ακόμα και αδιανόητη. Σύμπτωμα αυτού του φαινομένου είναι το σύνδρομο του «πυρετού της πύλης» που αναφέρεται στο μεγάλο άγχος των κρατουμένων που πρόκειται σύντομα να αποφυλακιστούν. Αυτό το σύνδρομο εκδηλώνεται με αϋπνίες και διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, άγχος και υπερκινητικότητα (Μπινιώρη,2006). Το φαινόμενο λοιπόν της φυλακοποίησης (prisonisation) (Χαΐδου,2002:52-53), ή του ιδρυματισμού, ή της δεσμοτηριοφιλίας, συνιστά τη διαδικασία δευτερογενούς –και στην περίπτωση των ανηλίκων, πρωτογενούς- κοινωνικοποίησης στη φυλακή, κατά την οποία αφομοιώνονται οι τρόποι συμπεριφοράς, τα κοινωνικά ήθη και έθιμα και τα συναισθήματα της έγκλειστης κουλτούρας, έχοντας ως αναγκαία συνέπεια τον προσπολιτισμό ή την πολιτισμική πρόσκτηση στον κόσμο του εγκλήματος. Οι έννοιες αυτές, αναφέρονται στην μεταβολή που επιφέρει στα πρότυπα διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, η συνεχής μεταξύ τους επαφή (Αλοσκόφης,2010:30).

Η διαδικασία της φυλακοποίησης, η οποία όπως προαναφέρθηκε έχει αναλογίες με τη διαδικασία της «κοινωνικοποίησης» σε μια νέα υποπολιτισμική σφαίρα, διακρίνεται στα εξής στάδια:

α) αποξένωση, δηλαδή αποκοπή από το έως τον εγκλεισμό οικείο περιβάλλον και τα πρόσωπα αναφοράς που συνθέτουν το πλαίσιο κοινωνικών δεσμών και σχέσεων για το κρατούμενο άτομο,

β) αποδόμηση, της προσωπικότητας, που επέρχεται με την αποδιάρθρωση της σημασίας και της αξίας που έχουν για το άτομο οι έως τότε γνωστοί κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς,

γ) επαναδόμηση μιας νέας προσωπικότητας που προκύπτει από τον επαναπροσδιορισμό και αποδοχή από το άτομο νέων κανόνων και όρων συμπεριφοράς, με βάση τις συνθήκες και το καθεστώς εγκλεισμού αλλά και τους σωφρονιστικούς στόχους (Αλεξιάδης,1997:288).

Το σημαντικότερο σε αυτή την διαδικασία, είναι ότι οι νέοι όροι που διαμορφώνονται, υπό το καθεστώς στέρησης της ελευθερίας, προσδιορίζονται αυταρχικά, είτε μέσω των τυπικών κανόνων κοινής διαβίωσης μέσα στη φυλακή, είτε μέσω των άτυπων κανόνων συμβίωσης των κρατουμένων (Χαΐδου,2002).Το άτομο, χάνοντας το δικαίωμα επιλογής, ετεροπροσδιορίζεται και εκ των πραγμάτων αναγκάζεται να προσαρμοστεί στο καθεστώς που επικρατεί στη συγκεκριμένη φυλακή.

3.1.2 Ψυχολογικές προσαρμογές εντός φυλακής

Τα ποινικά ιδρύματα απαιτούν οι έγκλειστοι να παραιτηθούν της ελευθερίας τους και της αυτονομίας τους να κάνουν δικές τους επιλογές και να παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις και αυτή η διαδικασία για τους περισσότερους ανθρώπους είναι αρκετά επώδυνη ενώ κάποιοι από αυτούς δεν προσαρμόζονται ποτέ σε αυτό. Αντιθέτως προσαρμόζονται στο να εξαλείφουν την αυτοπρωτοβουλία και την ανεξαρτησία τους και να γίνονται αυξανόμενα εξαρτημένοι στις ιδρυματικές συνθήκες που πριν αντιστέκονταν. Καταλήγουν στο να φαίνεται σχεδόν φυσικό να αρνούνται τον έλεγχο των καθημερινών τους αποφάσεων με αποτέλεσμα την τελευταία περίοδο της φυλάκισης τους κάποιοι κρατούμενοι να εξαρτώνται πλήρως από τη φυλακή και όποιον την αποτελεί όπως και να στηρίζονται αποκλειστικά στον προγραμματισμό της φυλακής ως προς την οργάνωση της καθημερινής τους ρουτίνας (Kampfner,1990). Αυτό συμβάλλει στο να νιώθουν τρομερά άβολα όταν τους επιστρέφεται η αυτονομία τους και η ελευθερία τους. Η προσαρμογή των κρατουμένων στην έλλειψη πρωτοβουλίας της φυλακής καθώς και η εξάρτηση τους από το πλαίσιο είναι και αποτέλεσμα εξαναγκασμού. Τα καταστήματα κράτησης διέπονται από υποχρεωτικούς κανόνες που οι κρατούμενοι πρέπει να ακολουθούν και στην περίπτωση μη συμμόρφωσης τους σε αυτούς υπάρχει σοβαρή πιθανότητα βίαιης τιμωρίας.

Η εξαναγκαστική λοιπόν συμμόρφωση περιορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τους φυλακισμένους βυθίζοντας τους σε ένα δίκτυο κανόνων και περιορισμών που τους οδηγεί σε ατροφία και ειδικά όσον αφορά στους νεαρούς κρατούμενους, στην αποτυχία της καθολικής τους εξέλιξης. Χάνουν τελείως την ικανότητα της εσωτερικής τους οργάνωσης και του προσδιορισμού των προσωπικών τους ορίων ώστε να μπορούν να κατευθύνουν τις δράσεις τους και να αναχαιτίσουν τη συμπεριφορά τους. Όταν λοιπόν τους αφαιρεθεί η εξωτερική οργάνωση, τα σοβαρά ιδρυματοποιημένα άτομα δεν μπορούν να βρουν τον τρόπο να κάνουν πράγματα μόνα τους (Stapsford,1978).

Υπέρμετρη επαγρύπνηση, διαπροσωπική δυσπιστία και καχυποψία

Τα περισσότερα καταστήματα κράτησης είναι επικίνδυνα μέρη από τα οποία δεν υπάρχει διαφυγή και γι' αυτό οι κρατούμενοι βρίσκονται διαρκώς σε τρομερή επαγρύπνηση και εγρήγορση για σημάδια απειλής. Στο άμεσο περιβάλλον τους υπάρχουν άνθρωποι έτοιμοι να εκμεταλλευτούν την οποιαδήποτε ένδειξη αδυναμίας τους και να επιδείξουν πλήρη αδιαφορία και αναλγησία, κάτι που προκαλεί δυσπιστία και καχυποψία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Κάποιοι κρατούμενοι προσπαθούν να κατασκευάσουν το προφίλ του σκληρού κατάδικου για να κρατήσουν τους άλλους σε απόσταση καθώς αν δεν πράξουν με αυτό τον τρόπο κινδυνεύουν να γίνουν αντικείμενα εκμετάλλευσης και άσκησης βίας. Αναγκάζονται λοιπόν να γίνονται και να φαίνονται «σκληροί» ώστε να αποφύγουν τη θυματοποίηση. Το φαινόμενο αυτό απαντάται κυρίως στους νεαρότερους κρατούμενους (Mc Corkle, 1992)

Υπερβολικός συναισθηματικός έλεγχος , αποξένωση, ψυχολογική αποστασιοποίηση

Για να υιοθετήσει κάποιος την εικόνα που περιγράφηκε παραπάνω απαιτείται ένας σημαντικός έλεγχος στη συναισθηματική έκφραση. Οι κρατούμενοι γενικότερα παλεύουν να ελέγξουν και να καταστείλουν τις εσωτερικές συναισθηματικές τους αντιδράσεις σε όσα συμβαίνουν γύρω τους. Αυτό οδηγεί στον υπερβολικό συναισθηματικό έλεγχο και στην έλλειψη αυθορμητισμού. Η παραδοχή της ευαλωτότητας μέσα στη φυλακή είναι πολύ επικίνδυνη και οδηγεί σε εκμετάλλευση. Κάποιοι κρατούμενοι αναπτύσσουν τρομερές δεξιότητες αυτοελέγχου υπολογίζοντας όλες τις επιρροές που κάθε πτυχή της συμπεριφοράς τους μπορεί να έχει στους υπόλοιπους κρατούμενους και τείνουν να κάνουν αυτούς τους υπολογισμούς, δεύτερη φύση τους . Όσοι καταφέρνουν σε συναισθηματικό επίπεδο και σε επίπεδο συμπεριφοράς να αναπτύξουν τη «μάσκα της φυλακής» κινδυνεύουν να αποξενωθούν και από τον εαυτό τους και από τους άλλους αναπτύσσοντας ένα επίπεδο συναισθήματος που μπορεί να γίνει χρόνιο και εξουθενωτικό και να διέπει κάθε κοινωνική αλληλεπίδραση και σχέση έχοντας χτίσει μια μόνιμη και αγεφύρωτη απόσταση μεταξύ του εαυτού του και των άλλων. Αρκετοί κρατούμενοι διαπίστωσαν πως «η μάσκα της φυλακής» είναι αποτελεσματική είναι ωστόσο αποθαρρυντική για μια ανοιχτή επικοινωνία με τους άλλους, κάτι που οδηγεί σε απόσυρση από τις κοινωνικές συναναστροφές στο σύνολο τους. Η αποξένωση και η κοινωνική αποστασιοποίηση

είναι μία άμυνα όχι μόνο ενάντια στην εκμετάλλευση αλλά και ενάντια στη συνειδητοποίηση ότι η έλλειψη διαπροσωπικού ελέγχου στο άμεσο περιβάλλον της φυλακής δημιουργεί συναισθηματική επένδυση σε σχέσεις επικίνδυνες και απρόβλεπτες (Keve,1974).

Κοινωνική απόσυρση και απομόνωση

Κάποιοι φυλακισμένοι μαθαίνουν να βρίσκουν ασφάλεια όντας κοινωνικά αόρατοι και διακριτικά αποσυνδεδεμένοι με τους άλλους. Η αυτοεπιβαλλόμενη κοινωνική απόσυρση και απομόνωση σημαίνει ότι υποχωρούν βαθιά μέσα στους εαυτούς τους, δεν εμπιστεύονται κανένα και προσαρμόζονται στο στρες της φυλακής ζώντας απομονωμένοι σε σιωπηλή απόγνωση. Αυτό συμβαίνει κυρίως σε κρατούμενους που εκτίουν μεγάλης διάρκειας ποινές ,οι οποίοι παρουσιάζουν ένα επίπεδο συναισθήμα και αργή, αυτόματη, ληθαργική συμπεριφορά (Taylor,1961).

Ενσωμάτωση στα πρότυπα εκμετάλλευσης της φυλακής

Εκτός από τους επίσημους κανόνες της φυλακής υπάρχουν και οι ανεπίσημοι οι οποίοι εξίσου σημαντικοί, καθώς αποτελούν τον κώδικα των κρατουμένων και της φυλακής και η τήρηση τους είναι μονόδρομος. Έτσι οι περισσότεροι κρατούμενοι για να διαχειριστούν την υψηλή επικινδυνότητα και τις στερήσεις αποδέχονται και τηρούν αυτούς τους κανόνες ακόμα και αν κάποιοι από αυτούς είναι πολύ σκληροί και οδηγούν στην εκμετάλλευση τους καθώς πολλές φορές δεν έχουν διαφορετικό τρόπο διαβίωσης μέσα στο κατάστημα κράτησης. Σε αυτό συντελεί επίσης το γεγονός ότι εντός φυλακής τα προγράμματα που βοηθούν στην προσωπική ανάπτυξη των κρατουμένων είναι ελάχιστα. Σε πολύ λίγα καταστήματα κράτησης δίνεται η δυνατότητα οι κρατούμενοι να συμμετέχουν σε αμειβόμενες εργασίες στις οποίες μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες και να κερδίσουν κάποια χρήματα. Λίγα επίσης είναι τα καταστήματα κράτησης που επιτρέπουν συζυγικές επισκέψεις κατά τις οποίες απαγορεύεται η οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή. Επομένως πολλές από τις καθημερινές φυσιολογικές ανάγκες της ελεύθερης ζωής όπως η δημιουργία, η εργασία, ο έρωτας, που νοηματοδοτούν τη ζωή, είναι μη επιτρεπτές στην κουλτούρα της φυλακής.

Όπως προαναφέρθηκε η κουλτούρα της φυλακής αντιδρά σε οποιαδήποτε ένδειξη αδυναμίας ή ευαλωτότητας και αποθαρρύνει την εγγύτητα και την έκφραση συναισθημάτων. Για τους φυλακισμένους, ενισχύεται η φήμη κάποιου για σκληρότητα, όταν αντιδρά ακόμα και σε φαινομενικά ασήμαντες προσβολές και ανταποκρίνεται στη

σωματική βία γρήγορα, ενστικτωδώς και με αποφασιστική δύναμη. Σε κάποιες περιπτώσεις η αποτυχία εκμετάλλευσης της αδυναμίας είναι επίσης ένδειξη αδυναμίας και φαίνεται σαν «πρόσκληση» για εκμετάλλευση. Στις αντρικές φυλακές προωθείται ένα είδος υπερβολικής αρρενωπότητας, ώστε η δύναμη και η κυριαρχία είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικής ταυτότητας.

Σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από εξαναγκασμένη αδυναμία και αποστέρηση οι γυναίκες και οι άντρες κρατούμενοι αντιμετωπίζουν διαστρεβλωμένες αντιλήψεις της σεξουαλικότητας στις οποίες η κυριαρχία και η υποταγή εμπλέκουν και δημιουργούν λανθασμένη αντίληψη για τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων. Φυσικά η πλήρης αποδοχή αυτών των αξιών μπορεί να δημιουργήσει τεράστια εμπόδια στις ουσιαστικές διαπροσωπικές επαφές στον ελεύθερο κόσμο αποκλείοντας την αναζήτηση κατάλληλης βοήθειας για την επίλυση των προβλημάτων τους και μια γενικότερη απροθυμία εμπιστοσύνης στους άλλους από φόβο μην εκτεθούν ή γίνουν αντικείμενα εκμετάλλευσης. Μπορεί επίσης να οδηγήσει σε υπερβολική και παρορμητική αντίδραση προερχόμενη από ελάχιστη πρόκληση κυρίως από ανθρώπους που κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους δεν κοινωνικοποιήθηκαν και δεν εντάχθηκαν σε νόρμες της κουλτούρας της φυλακής, όπου η διατήρηση του διαπροσωπικού σεβασμού και του προσωπικού χώρου παραβιάζονται πολύ έντονα. Όλες αυτές οι καταστάσεις είναι τόσο μέρος της διαδικασίας εγκλεισμού όσο και της υιοθέτησης των επίσημων κανόνων που επιβάλλονται και που είναι πολύ δύσκολο να αποποιηθούν μετά την αποφυλάκιση (Haney, 1998).

Μείωση της αυτοεκτίμησης και της προσωπικής αξίας

Οι κρατούμενοι στερούνται τα βασικά δικαιώματα ιδιωτικότητας και χάνουν τον έλεγχο βασικών εγκόσμιων όψεων της ύπαρξης τους που οι πολίτες έχουν ως δεδομένες. Ζουν σε πολύ μικρούς και πολλές φορές υπερπληθείς χώρους, έχουν από λίγο έως καθόλου έλεγχο της ταυτότητας των ανθρώπων με τους οποίους μοιράζονται αυτούς τους χώρους, συχνά δεν έχουν την επιλογή για το πότε θα κοιμηθούν ή θα ξυπνήσουν, για το πότε θα φάνε και ούτω καθ'εξής. Κάποιοι νιώθουν να υποβιβάζονται και πως οι υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης τους υπενθυμίζουν το συμβιβαστικό κοινωνικό στάτους τους και το στιγματισμένο κοινωνικό ρόλο τους σα φυλακισμένοι. Έτσι λοιπόν προκύπτει μια μειωμένη αυτοεκτίμηση και προσωπική αξία. Μέσω των παραπάνω καταστάσεων σε πολύ ιδιαίτερες περιπτώσεις ιδρυματισμού κάποιοι

φυλακισμένοι μπορεί να καταλήξουν να θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα που αξίζουν να είναι στιγματισμένα και που αξίζουν την υποβάθμιση που υπέστησαν κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού τους (Haney,2001).

3.2 Αντιδράσεις μετατραυματικής διαταραχής στρες στις οδύνες του εγκλεισμού

Για κάποιους φυλακισμένους , ο εγκλεισμός είναι τόσο άκαμπος και ψυχολογικά επίπονος που παρουσιάζουν σοβαρό τραυματικό στρες το οποίο προκαλεί μετατραυματική διαταραχή στρες μετά την αποφυλάκιση. Υπάρχουν βασικές ομοιότητες στους ανθρώπους που έχουν τιμωρηθεί για τη διάπραξη ενός εγκλήματος στην κοινωνία μας (Dutton,Hart,1992). Ένα μοντέλο «παραγόντων επικινδυνότητας» βοηθάει να εξηγηθεί η σύνθετη αλληλεπίδραση των τραυματικών γεγονότων της παιδικής ηλικίας (φτώχεια, κακοποίηση, παραμέληση και άλλες μορφές θυματοποίησης) στα κοινωνικά ιστορικά πολλών ποινικών παραβατών. Ο Mastern και ο Garmezy έχουν επισημάνει πως η παρουσία αυτών των παρελθοντικών τραυμάτων της παιδικής ηλικίας αυξάνουν την πιθανότητα παρουσίας μεγάλου εύρους προβλημάτων αργότερα στη ζωή συμπεριλαμβανομένης της παραβατικότητας.

Υψηλό ποσοστό των ανθρώπων που φυλακίζονται έχουν βιώσει παιδικά τραύματα που το σκληρό, τιμωρητικό και μη φροντιστικό περιβάλλον της φυλακής, τους κάνει να τα αναβιώνουν και να επανατραυματίζονται. Η άκαμπτη και ανένδοτη πειθαρχία της φυλακής, η ανεπιθύμητη συνύπαρξη τους με βίαιους συγκρατούμενους τους, την πιθανότητα και πραγματικότητα να υπάρξουν θύματα σωματικών ή σεξουαλικών επιθέσεων, η ανάγκη να βολιδοσκοπήσουν και να αντιμετωπίσουν τις προθέσεις κυριαρχίας των άλλων, η απουσία σεβασμού και μέριμνας για ποιοτική διαβίωση καθώς και ο χρόνος στη φυλακή μπορεί να πυροδοτήσουν όχι μόνο αναμνήσεις αλλά και δυσλειτουργικές ψυχολογικές αντιδράσεις των πρώιμων τραυματικών εμπειριών (Masten & Gramezy,1985).

Οι αποφυλακισμένοι είναι ένας πληθυσμός που σύμφωνα με έρευνες εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό μετατραυματικής διαταραχής οξέος στρες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αφού ο ίδιος ο εγκλεισμός είναι μια τραυματική εμπειρία. Υπάρχουν επιπλέον παράγοντες που είναι συνυφασμένοι με την παθογένεση αυτής της κατάστασης μαζί με τους παράγοντες επικινδυνότητας που υπόκεινται στα πρότυπα συμπεριφοράς και σκέψης των φυλακισμένων. Αυτοί οι παράγοντες είναι τα ψυχικά

τραύματα της παιδικής ηλικίας όπως μεγάλη φτώχεια, κακοποίηση από τους γονείς ή από πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, εμπειρίες παραμέλησης ,σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης ή άλλες μορφές κακομεταχείρισης. Αυτές οι ιδιαιτέρως οδυνηρές αναμνήσεις της παιδικής ηλικίας ξυπνούν όταν κάποιος βιώνει τον εγκλεισμό σε ένα σκληρό και άγονο περιβάλλον όπως αυτό της φυλακής. Η βία που υπάρχει σε μέγιστο βαθμό σε πολλές φυλακές μαζί με την απερίσκεπτη συμπεριφορά πολλών κρατουμένων, οι απαιτήσεις συμμόρφωσης σε μια άκαμπτη πειθαρχία, η ανάγκη να ξεφύγουν από σκληρούς συγκρατούμενους και από πιθανό βιασμό ή κακοποίηση συντελούν στην αβάσταχτη αναβίωση τραυματικών παιδικών αναμνήσεων που ο φυλακισμένος επιθυμεί να ξεχάσει. Αυτές οι μνήμες επαναφέρουν τις σχετικές εμπειρίες καθώς και τις αντίστοιχες συναισθηματικές και ψυχικές αντιδράσεις, των οποίων τις συνέπειες οι κρατούμενοι δεν μπορούν να διαχειριστούν. Όλα αυτά δίνουν πρόσφορο έδαφος στους κρατούμενους να εμφανίσουν μετατραυματική διαταραχή οξέος στρες μετά την αποφυλάκιση τους κάτι που πιθανότατα δυσχεραίνει την επανένταξη τους (News Medical Life Sciences, 2019).

3.3 Επιπτώσεις εγκλεισμού στη μετάβαση από τη φυλακή στο σπίτι

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις του εγκλεισμού μπορεί να θέσουν σοβαρά εμπόδια στην προσαρμογή των αποφυλακισμένων και να παρέμβουν στη μεταφορά από τη φυλακή στο σπίτι, να εμποδίσουν την επιτυχή επανένταξη τους στην κοινωνική δικτύωση και την αγορά εργασίας, καθώς και την ικανότητα του αποφυλακισμένου γονέα να επανακτήσει το ρόλο του στην οικογένεια. Το εύρος των επιπτώσεων περιλαμβάνει τις, πολλές φορές υφέρπουσες αλλά παρ'όλα αυτά ευρείας βάσης, δυσλειτουργικές συνέπειες του ιδρυματισμού της φυλακής, τα επίμονα συμπτώματα των ψυχικών ασθενειών που δε θεραπεύαν και επιδεινώθηκαν μέσα στη φυλακή, των αναπτυξιακών δυσλειτουργιών που δεν αντιμετωπίστηκαν κατάλληλα καθώς και των παθολογικών συμπτωμάτων του μακροχρόνιου περιορισμού του συνεχώς αυξανόμενου πληθυσμού κρατουμένων που απελευθερώνονται από ένα περιβάλλον απομόνωσης απευθείας στον ελεύθερο κόσμο. Τα ποινικά συστήματα δεν ανταποκρίνονται στην αντιμετώπιση αυτών των ψυχολογικών επιπτώσεων ούτε κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού αλλά ούτε μετά την αποφυλάκιση. Ήδη τις τελευταίες δεκαετίες η κοινωνία δέχεται μεγάλο αριθμό αποφυλακισμένων, είναι όμως τελείως

ανέτοιμη να τους απορροφήσει και να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το ψυχικό τραύμα και τις δυσκολίες που αυτό τους δημιουργεί.

Οι επιπτώσεις όλων των προαναφερόμενων καταστάσεων στην άσκηση του γονεϊκού ρόλου και στην οικογενειακή ζωή, είναι προφανείς. Οι γονείς και κυρίως οι μητέρες που επιστρέφουν μετά από περίοδο εγκλεισμού πολλές φορές είναι ακόμα εξαρτημένοι από τη δομή της φυλακής και της ρουτίνας τους εντός αυτής, γεγονότα που επιδρούν αρνητικά στην οργάνωση της ζωής τους και των παιδιών τους καθώς και στην άσκηση της ανάληψης πρωτοβουλίας και αυτόνομων αποφάσεων που ο γονεϊκός ρόλος απαιτεί. Εκείνοι που υποφέρουν από καχυποψία και έλλειψη εμπιστοσύνης ως πρώην κρατούμενοι, δυσκολεύονται να δημιουργήσουν μία αυθεντική σχέση εμπιστοσύνης με τα παιδιά τους. Όσοι προσπαθούσαν να ελέγξουν σε υπερβολικό βαθμό τα συναισθήματά τους και ήταν αποξενωμένοι από τους άλλους αντιμετωπίζουν πρόβλημα να είναι συναισθηματικά διαθέσιμοι και φροντιστικοί. Οι τάσεις για κοινωνική απόσυρση είναι πολύ συνηθισμένες στους αποφυλακισμένους, οι οποίοι συχνά αποζητούν να είναι κοινωνικά αόρατοι προκαλώντας έτσι σοβαρές δυσλειτουργίες στην οικογένεια, όπου η εγγύτητα και αλληλοβοήθεια είναι αναγκαίες.

Τα αρνητικά χαρακτηριστικά που δημιούργησε η κουλτούρα της εκμετάλλευσης εντός φυλακής στους αποφυλακισμένους, όπως η περιορισμένη αίσθηση της αυτό-αξίας, καταδικάζουν τις περισσότερες κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις των αποφυλακισμένων. Τα υπολείμματα της μετατραυματικής διαταραχής στρες εξαιτίας του εγκλεισμού και οι επανατραυματικές εμπειρίες που προκαλεί η ζωή της φυλακής, διακινδυνεύουν θέτουν σε σοβαρό κίνδυνο την ψυχική υγεία των αποφυλακισμένων οι οποίοι προσπαθούν να επανενταχθούν στην κοινότητα από την οποία προήλθαν. Οι κρατούμενοι γονείς εξακολουθούν να επηρεάζονται αρνητικά από τα τραύματα που απέκτησαν και στα οποία εκτέθηκαν εντός φυλακής και βγαίνοντας από αυτή και οι ίδιοι αντιλαμβάνονται πως η εμπειρία του εγκλεισμού τους αφείρεσε τα εργαλεία που θα τους βοηθούσαν να προστατεύσουν τα παιδιά τους, παρέχοντας τους εποικοδομητικές εμπειρίες (Greene, Haney, Hurtado 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Επανένταξη

Επανένταξη είναι η διαδικασία της μετάβασης από τον εγκλεισμό στην κοινότητα, προσαρμογής έξω από τη φυλακή καθώς και προσπάθειας διατήρησης ενός τρόπου απαλλαγμένου από το έγκλημα (Laub and Sampson,2001,2003). Η επανένταξη είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που γίνεται με την πάροδο του χρόνου και υπάρχουν ακόμα πολλά που δε γνωρίζουμε για τη διαδικασία (Healy and O'Donnel,2008; Maruna,2001;Shinkfield and Graffam,2009) καθώς είναι μια από τις εμβριθείς προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κοινωνίες σήμερα (Maruna 2011,Petersilia 2003).

Η επανένταξη είναι δύσκολη για πολλούς αποφυλακισμένους γιατί αντιμετωπίζουν ποικιλία προκλήσεων ταυτόχρονα (Maruna et al 2004;Shinkfield and Graffam 2009). Αρχικά, δυσκολεύονται να βρουν εργασία καθώς τείνουν να μην έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση και να έχουν λίγες εργασιακές δεξιότητες (Seuter and Kadela,2013). Επιπλέον κάποιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικά, ψυχικής και σωματικής υγείας και επιπλέον δεν έχουν την κατάλληλη οικογενειακή υποστήριξη (Petersilia,2003) έχοντας επισπροσθέτως, μετά την έξοδο τους από τη φυλακή να αντιμετωπίσουν το στίγμα (Pager,2003). Μέσα στα καταστήματα κράτησης οι συμπεριφορές και οι δεξιότητες που αποκτούν, ενώ είναι βοηθητικές για το συγκεκριμένο περιβάλλον ,έξω από τη φυλακή τους δυσχεραίνουν την προσαρμογή.

Βγαίνοντας από την φυλακή δεν έρχονται αντιμετώπιζονται μόνο με μια ζωή διαφορετική από αυτή που είχαν κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, αλλά και με ένα κόσμο τελείως διαφορετικό από αυτόν που γνώριζαν πριν φυλακιστούν. Η επάνοδος των πρώην κρατουμένων στην κοινωνία είναι μία τόσο δυσχερής και επώδυνη διαδικασία, ώστε πολλές φορές επιστρέφει ή του δημιουργεί ακόμα και συναισθήματα ολοκληρωτικής παραίτησης από το δικαίωμα στην ελεύθερη ζωή (Γιοβάνογλου,2006).

4.1 Η κοινωνική επανένταξη, ως έννοια

Η έννοια της κοινωνικής επανένταξης εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο πεδίο του ποινικού δικαίου, περί τα τέλη του 19ου αιώνα και στις αρχές του 20ου , όταν οι ιδέες του θετικισμού, ως ανερχόμενου φιλοσοφικού ρεύματος, άρχισαν να επηρεάζουν

τους διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Τότε προβλήθηκε για πρώτη φορά το νέο παράδειγμα, σε σχέση με τις τότε ισχύουσες κλασσικές, περί ποινής, θεωρίες, οι οποίες προσδιόριζαν τη γενική πρόληψη και τη δίκαιη τιμωρία ως σκοπούς της ποινής. Σύμφωνα με το νέο παράδειγμα, η ποινή αποκτούσε ένα ανθρωπιστικό σκοπό, τη «βελτίωση» του εγκληματία, μέσα από παρεμβάσεις υποχρεωτικής μεταχείρισής του, εκ μέρους του κράτους (Μητροσύλη & Φρονίμου, 2006:6). Με τον τρόπο αυτό, το επιστημονικό ενδιαφέρον, μετατοπίστηκε από την εγκληματική πράξη και τη δίκαιη ανταπόδοσή της, προς τον εγκληματία άνθρωπο και τη βελτίωσή του, η οποία θεμελιώθηκε περισσότερο στη «θεραπεία» του, παρά στην τιμωρία του, καθιερώνοντας έναν θεραπευτικό και αναμορφωτικό χαρακτήρα της ποινής. Υπό το πρίσμα αυτό, αναπτύχθηκε η ιδέα της κοινωνικής επανένταξης των πρώην κρατουμένων, ως συνέπεια της αναμόρφωσης που θα λάβαινε χώρα κατά τον εγκλεισμό, η οποία αποτελούσε οφειλή της κοινωνίας απέναντι στο δράστη που εξέτισε την ποινή του.

Τη δεκαετία του 1950, υπήρχαν υπαινιγμοί σχετικά με την αναγωγή της επανακοινωνικοποίησης σε δικαίωμα, από μία όψη της έννοιας της κοινωνικής αλληλεγγύης, υπό την έννοια ότι, εφόσον η κοινωνία υπάρχει δια του ανθρώπου και προς όφελός του, η κοινωνική ολότητα έχει την υποχρέωση να καταστήσει κάθε μέλος της, ακόμη και εκείνο που έχει υποπέσει σε παράπτωμα, σε έναν πολίτη εξ ολοκλήρου ελεύθερο (Γιοβάνογλου, 2006:24). Με την πάροδο των χρόνων εφαρμόστηκαν στις φυλακές πλήθος προγραμμάτων που σκοπό είχαν την επανακοινωνικοποίηση-επανένταξη των κρατουμένων και απέβλεπαν στην αναδόμηση της προσωπικότητάς τους, με νέες επιστημονικές μεθόδους, που όμως τους επιβαλλόταν ανεξάρτητα από τη θέλησή τους. Στα τέλη της δεκαετίας του 1960, οι παρεμβάσεις αυτές κρίθηκαν αντισυνταγματικές, ενώ τα προγράμματα που εφαρμόστηκαν για την αναμόρφωση των δραστών αμφισβητήθηκαν ως προς την αποτελεσματικότητά τους να μειώσουν την υποτροπή. Η κλιμακωτή κατάρρευση του «θεραπευτικού» προτύπου της ποινής, οδήγησε στην επικράτηση του «δικαιϊκού μοντέλου», με αρνητικές επιπτώσεις στην αναγωγή της κοινωνικής επανένταξης σε σκοπό σωφρονιστικής μεταχείρισης (Γιοβάνογλου, 2006:19).

Στις δεκαετίες του 1970 και 1980, κατέστη σαφές ότι λόγω της ετερογένειας του πληθυσμού των φυλακών και των συνεπαγόμενων διαφορετικών αναγκών των κρατουμένων, τα προγράμματα μεταχείρισης μέσα στη φυλακή δεν οδηγούσαν στην κοινωνική επανένταξη, ενώ, τη δεκαετία του 1990 κρίθηκε ότι κάτω από

συγκεκριμένες προϋποθέσεις και για συγκεκριμένες κατηγορίες μόνο δραστών, τα προγράμματα αυτά μπορούσαν να αποφέρουν επιθυμητά αποτελέσματα.

Σήμερα, ο σκοπός της κοινωνικής επανένταξης δεν συνδέεται πλέον με εξαναγκαστικές παρεμβάσεις στην προσωπικότητα του κρατούμενου, ούτε με ιατρικού τύπου μεταχείριση εκ μέρους της πολιτείας, αλλά συμπορεύεται με τον σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του, ενώ οι οποιεσδήποτε παροχές προς αυτόν κατά την έκτιση της ποινής, προϋποθέτουν τη συναίνεσή του. Αξιοσημείωτο δε είναι, ότι σε επιστημονικές συζητήσεις που έχουν διεξαχθεί περί του θέματος, επαναπροσδιορίστηκε ο όρος της κοινωνικής επανένταξης, τόσο ως σκοπού της αντεγκληματικής πολιτικής, όσο και ως δικαίωμα αυτού που εκτίει στερητική της ελευθερίας ποινή (Γιοβάνογλου.2006:39-40), και διατυπώθηκε ως «το καθήκον του κράτους να υποβοηθά τον απολυόμενο από τη φυλακή να επανέλθει στην κοινωνική ζωή, έχοντας τη δυνατότητα να αναδημιουργήσει τις οικογενειακές, εργασιακές και κοινωνικές του σχέσεις με ίσες ευκαιρίες με τον μη εγκληματίσαντα» (Γιοβάνογλου,2006:244).

4.2 Το νομικό πλαίσιο

Ο Κώδικας Μεταχείρισης Κρατουμένων (ν. 1851/1989)

Σαν κυριότερα νομοθετήματα τα οποία κάνουν αναφορά στην κοινωνική επανένταξη των αποφυλακισμένων, είναι ο «Κώδικας βασικών κανόνων για τη μεταχείριση των κρατουμένων και άλλες διατάξεις» (Ν. 1851/1989) (στο εξής ΚΜΚ) , και ο Σωφρονιστικός Κώδικας.

Εξετάζοντας το πρώτο νομοθέτημα, στο άρθρο 1 αναφέρονται τα εξής:

- «1. Η εκτέλεση των ποινών αποβλέπει στην αγωγή των κρατουμένων και στην κοινωνική τους επανένταξη.
2. Η μεταχείριση των κρατουμένων πρέπει να τείνει στην επίτευξη του παραπάνω σκοπού.»

Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι από το κείμενο της διάταξης προκύπτει ότι η εκτέλεση των ποινών αποβλέπει στην εκπλήρωση δύο σκοπών, καθώς οι έννοιες της αγωγής και της κοινωνικής επανένταξης έχουν εννοιολογική αυτοτέλεια. Παράλληλα στην παράγραφο 2 παρεμβάλλεται ο όρος «μεταχείριση», χωρίς να εξειδικεύεται το

περιεχόμενό του, δηλαδή σε τι ακριβώς συνίσταται, και μόνο στο άρθρο 2 του ΚΜΚ γίνεται λόγος για τα όρια, εντός των οποίων επιτρέπεται να πραγματώνεται η μεταχείριση αυτή (Δημόπουλος,2009:301).

Σχετικά με τον όρο «μεταχείριση», στην εγκληματολογία ο όρος «μεταχείριση του εγκληματία» συναντάται και με πολύ στενότερο εννοιολογικό περιεχόμενο και σημαίνει τους τρόπους και τα μέσα δράσης πάνω στον εγκληματία και γενικότερα στον τρόπο ζωής του, ώστε να επιτευχθεί η βελτίωσή του και η κοινωνική του αποκατάσταση» (Δασκαλάκης,1985:1).

Σχετικά με τον όρο «κοινωνική επανένταξη», σαν σωφρονιστικός σκοπός, χρησιμοποιείται προκειμένου να αντικαταστήσει τον όρο «κοινωνική προσαρμογή», του προϊσχύσαντος νόμου (βλ. άρθρο 1, ΑΝ 125/67), και απαντάται σε πολλές διατάξεις του ΚΜΚ όπως:

-στο άρθρο 58 παρ.2, κατά το οποίο, σκοπός των Κέντρων Ημιελεύθερης Διαβίωσης Καταδίκων (Κ.Η.Δ.Κ.) είναι η σταδιακή ένταξη των καταδίκων σε καθεστώς πλήρους ελευθερίας

-στο άρθρο 61 παρ.6, κατά το οποίο, το δικαστήριο μπορεί να μετατρέψει τη φυλάκιση μέχρι δεκαοχτώ μηνών σε χρηματική, αν κρίνει ότι το μέτρο αυτό συντείνει στην κοινωνική ένταξη του καταδίκου

-στο άρθρο 64 παρ.1, σύμφωνα με το οποίο, η εργασία αποσκοπεί στη διατήρηση ή επαύξηση των ικανοτήτων των κρατουμένων για την κοινωνική επανένταξη

-στο άρθρο 65 παρ.2, σύμφωνα με το οποίο, στα καταστήματα κράτησης, οργανώνονται κλάδοι εργασίας οι οποίοι πρέπει να είναι ανάλογοι με εκείνους που ισχύουν έξω από το κατάστημα, ώστε να προετοιμάζουν τους κρατούμενους για τις συνθήκες της ελεύθερης εργασίας.

Παρατηρείται λοιπόν, ότι «ο ΚΜΚ, καθιερώνει τον σκοπό της κοινωνικής επανένταξης των κρατουμένων, για να προετοιμάσει την, όσο το δυνατόν, ομαλότερη επανένταξή τους στην κοινωνία. Ο σκοπός της κοινωνικής επανένταξης συνιστά, ουσιαστικά, μια διαδικασία επανακοινωνικοποίησης του κρατουμένου - όρος για τον οποίο θα γίνει εκτενής αναφορά παρακάτω- , η οποία συνίσταται στην επικοινωνία του με τον έξω κόσμο, στη σταδιακή ένταξή του σε καθεστώς ελευθερίας και στην εκμάθηση των συνθηκών της ελεύθερης εργασίας» (Δημόπουλος,2009:322).

Συνεπώς , ο σωφρονιστικός νομοθέτης έκρινε ότι η ελεύθερη ημιδιαβίωση και η εργασία, αποτελούν μια έμμεση εκπαίδευση (Helmut,1989:54), μέσω της οποίας ο κρατούμενος θα μάθει να ζει αρμονικά με τον περίγυρό του. Η κοινωνική επανένταξη, αποτελεί την κοινωνικοποίηση εκείνη που παρέχεται με έμμεσο τρόπο στον κρατούμενο, μέσω των υποδείξεων συμπεριφοράς (Helmut,1989), οι οποίες στην συγκεκριμένη περίπτωση ταυτίζονται εννοιολογικά με την θεσμοθέτηση των δυνατοτήτων ημιελεύθερης διαβίωσης και εργασίας. Με τη χρήση των υποδειγμάτων αυτών ο κρατούμενος αποκτά την εμπειρία εκείνη που απαιτείται για την ομαλή κοινωνική του επανένταξη. Η πρόσληψη της εμπειρίας αυτής γίνεται εκούσια και τα αποτελέσματά αυτά υπόκεινται σε έλεγχο από τους φορείς της κοινωνικοποίησης (Helmut,1989).

Ο έλεγχος μπορεί να συνίσταται σε συμβουλή, ή ακόμα και σε κύρωση, όπως στην περίπτωση του άρθρου 60 ΚΜΚ. Από αυτούς τους τρόπους κοινωνικής επανένταξης, μόνο η εργασία φαίνεται να επιδιώκει την πραγμάτωση και άλλων στόχων (Πανούσης,1989).Μεταξύ των στόχων αυτών, αποβλέπει και στην κοινωνική επανένταξη, με την έννοια της προετοιμασίας των κρατουμένων για τις συνθήκες της ελεύθερης εργασίας (άρθρο 65 παρ.2 ΚΜΚ), που επικρατούν στην κοινωνία.

4.3 Ο όρος «επανακοινωνικοποίηση»

Από τα όσα προηγήθηκαν, προκύπτει το ερώτημα: ορθά ο Κώδικας Μεταχείρισης Κρατουμένων ορίζει ότι ο σκοπός της εκτέλεσης των στερητικής της ελευθερίας ποινών, είναι η επίτευξη μιας εκ νέου κοινωνικοποίησης των κρατουμένων, προκειμένου να αποφευχθεί η επανάληψη της τέλεσης των εγκλημάτων από αυτούς;

Κατ'αρχάς, για την έννοια της επανακοινωνικοποίησης έχουν υποστηριχθεί διάφορες θεωρίες. Ο Schiiler-Sprigorum θεωρεί ότι σκοπός της επανακοινωνικοποίησης είναι η ωρίμανση του κρατουμένου, αφού το έγκλημα συνιστά τεκμήριο κοινωνικής ανωριμότητας και ο φορέας του μαρτυρεί προσωπική ανωριμότητα. Ο Hassemer πιστεύει ότι η επανακοινωνικοποίηση στοχεύει στην κοινωνική εναρμόνιση της συμπεριφοράς του κρατουμένου, μέσω της αξιοποίησης του χρόνου του εγκλεισμού του, της μετάδοσης του κοινωνικού ήθους και της εκμάθησης του πολιτισμού που περικλείεται στο δίκαιο. Ο Schellhoss αντιδιαστέλλει την επανακοινωνικοποίηση από τον όρο αναμόρφωση ("Resozialisierung")-

“Rehabilitation”). Η επανακοινωνικοποίηση- ως σωφρονιστική έννοια, αντιστοιχεί, αφενός στην ελεύθερη θεραπεία του κρατουμένου, αφετέρου στην κοινωνική αντίδραση στο φαινόμενο της εγκληματικότητας (Δημόπουλος,2009). Ο Peters θεωρεί ότι η επανακοινωνικοποίηση είναι η συνειδητή παιδαγωγική-νομική προσπάθεια για την ανάπτυξη της προσωπικότητας του κρατουμένου και προοπτική του κινδύνου υποτροπής του. Οι Kaiser, Kerner και Schoch αντιλαμβάνονται την επανακοινωνικοποίηση αφενός, ως τη διαδικασία μάθησης των κανόνων, αξιών, προσανατολισμών και συμπεριφορών των ομάδων στις οποίες ανήκουν οι άνθρωποι, και αφετέρου ως τη διαδικασία ενσάρκωσης της κοινωνικής εμπειρίας. Ο Miller- Dietz, επισημαίνει ότι στον 20ο αιώνα πρωτανεύει η αγωγή, ως περιεχόμενο της επανακοινωνικοποίησης, η οποία αποσκοπεί στη ματαίωση της υποτροπής. Ο Feest, θεωρεί πως η επανακοινωνικοποίηση οδηγεί στον στιγματισμό και την εσωτερίκευση της ποινικής καταστολής (Δημόπουλος 2009). Σε μια απόφαση του Ανωτάτου Συνταγματικού Δικαστηρίου της Ο.Δ. Γερμανίας, στις 5/6/1973, αναφέρεται ότι: « Στους κρατούμενους πρέπει να διασφαλίζονται η ικανότητα και η θέληση για υπεύθυνη καθοδήγηση της ζωής, πρέπει οι κρατούμενοι να μάθουν να κυριαρχούνται κάτω από τους όρους μιας ελεύθερης κοινωνίας χωρίς παράβαση του δικαίου, να εκμεταλλεύονται τις ικανότητές τους και τους κινδύνους τους να τους υπερνικούν». Επιπλέον ο Schneider αναφέρει ότι η επανακοινωνικοποίηση του κρατουμένου, συνίσταται σε μια διαδικασία προσαρμογής του στους κανόνες και την εν γένει καθοδήγηση της κοινωνίας, στον εκπολιτισμό του, που αφορά την ιδιοποίηση της κουλτούρας που τον περιβάλλει και στην προσωποποίησή του, η οποία κατανοείται ως μια αποκλειστική ευθύνη αυτοανάπτυξης της προσωπικότητάς του (Δημόπουλος,2009).

Στην Ελλάδα από τους θεωρητικούς της Σωφρονιστικής Επιστήμης, ο καθηγητής Γ. Πανούσης προέβη στον εννοιολογικό προσδιορισμό της επανακοινωνικοποίησης, ο οποίος τον ορίζει ως εξής: « οι Φυλακές, ως κλειστά ιδρύματα προστασίας της κοινωνίας από τους εγκληματίες, επιδιώκουν την αποπαιδείωση ή τον αποπολιτισμό του ατόμου, με την έννοια της αφαίρεσης των αξιών με τις οποίες μπήκε στο ίδρυμα και την επαναπαιδείωση και τον επαναπολιτισμό του με νέο ήθος» (Πανούσης,1989). Από τους ως άνω ορισμούς, οι ορισμοί των Schneider και Πανούση, ίσως αποδίδουν πληρέστερα τον σκοπό της επανακοινωνικοποίησης, έτσι όπως καθιερώνεται από τον Κώδικα Μεταχείρισης Κρατουμένων. Ο ΚΜΚ αποσκοπεί

σε μια πλήρη κοινωνικοποίηση των κρατουμένων, με το άρθρο 1 του ΚΜΚ, να προσβλέπει τόσο στην ευπρεπή και ομαλή εξωτερικά, συμπεριφορά του ατόμου, όσο και στην ενσάρκωση των αξιολογικών προτύπων του κοινωνικού συνόλου (Helmut,1989).Ωστόσο, κατά τον Eser, μόνο με τον εναρμονισμό των δύο αυτών στόχων μπορεί να ισχύσει το πρότυπο της επανακοινωνικοποίησης, διότι διαφορετικά δημιουργούνται κίνδυνοι, να βρίσκονται σε αντίθεση οι δύο στόχοι μεταξύ τους, με συνέπεια να εξουδετερώνεται η επανακοινωνικοποίηση, ή να μην υπάρχει ηθική υποστήριξη της συμπεριφοράς οπότε συνεπάγεται η δημιουργία ενός ηθικού κενού και κατ' επέκταση η πιθανή τέλεση εγκλήματος (Δημόπουλος,2009:326)

Συνεπώς, από την άποψη της κοινωνιολογίας του σωφρονιστικού δικαίου, παρατηρείται ότι υπήρχε, μια αμφισβήτηση, ως προς τον σκοπό της επανακοινωνικοποίησης, που καθιερώνει ο ΚΜΚ.

Η αμφισβήτηση αυτή εκδηλώθηκε μέσα από δύο επίπεδα κριτικών σκέψεων. Σύμφωνα με το πρώτο, δεν χρειάζεται επανακοινωνικοποίηση ο δράστης, αλλά η ίδια η κοινωνία. Διότι, η εγκληματική συμπεριφορά δεν αποτελεί ιδιότητα του εγκληματία, αλλά συνέπεια μιας κοινωνικής διαδικασίας και συνεπώς αποτελεί προϊόν της ίδιας της κοινωνίας. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, υπάρχει ανάγκη για επανακοινωνικοποίηση της κοινωνίας και όχι του εγκληματία.

Σύμφωνα με το δεύτερο επίπεδο, που διατυπώθηκε από τους εκπρόσωπους του δικαϊκού προτύπου, η επανακοινωνικοποίηση δεν πρέπει να είναι στόχος της εκτέλεσης των στερητικών της ελευθερίας ποινών, οι οποίες αποσκοπούν μόνο στην στέρηση της προσωπικής ελευθερίας κίνησης και τίποτα περισσότερο. Στο μόνο που μπορεί να δικαιολογήσει αυτή την στέρηση της προσωπικής ελευθερίας, είναι η εκμάθηση των κανόνων και των αξιών του ποινικού δικαίου.

Άλλη άποψη υποστηρίζει ότι ο σκοπός της επανακοινωνικοποίησης δεν συμβαδίζει με το άρθρο 5, παρ. 1 του Συντάγματος (Αλεξιάδης,1983:66) ενώ το δικαίωμα της επανακοινωνικοποίησης των κρατουμένων, δεν πρέπει να περιορίζεται από διατάξεις και πρακτικές που είναι αντίθετες προς τις ατομικές ελευθερίες τους (Πανούσης,1989:23)

Από όλα τα παραπάνω, καταλήγουμε στα εξής:

Καταρχήν, ο σκοπός της μεταχείρισης των κρατουμένων κατά τον ΚΜΚ, είναι η επανακοινωνικοποίηση. Από αυτή την σκοπιά, ο σωφρονιστικός νομοθέτης αποβλέπει στην επίτευξη όλων εκείνων των σκοπών που περιλαμβάνονται στον όρο αυτό (Δημόπουλος,2009:326).Όμως η επανακοινωνικοποίηση, δεν μπορεί να είναι παραδεκτός σκοπός της εκτέλεσης των ποινών διότι, δεν εναρμονίζεται με τις διατάξεις περί σεβασμού της αξίας του ανθρώπου και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας των ατόμων κατά τα άρθρα 2 παρ.1 και 5 παρ.1 του Συντάγματος. Σκοπός της εκτέλεσης των ποινών πρέπει να είναι η μετάδοση όλων των απόψεων που συνδέονται με το ποινικό δίκαιο της κοινωνίας μας. Δηλαδή ουσιαστικά θα πρέπει, « η φυλακή να παρέχει την ευκαιρία που ενδεχομένως δεν είχε ο κρατούμενος στην ελεύθερη ζωή, της εκμάθησης του ποινικοδικαϊκού πολιτισμού» (Δημόπουλος,2009:326).

Ο παραπάνω προβληματισμός, οδήγησε σε αμφισβήτηση της ορθότητας του χαρακτήρα των διατάξεων του ΚΜΚ που σχετιζόταν με αυτή την «παρεμβατικού τύπου επανένταξη- επανακοινωνικοποίηση», και δια τούτο ακολούθησε και η κατάργηση πολλών διατάξεων του ΚΜΚ από το Σωφρονιστικό Κώδικα (ν. 2776/1999), συμπεριλαμβανομένου και του επίμαχου άρθρου 1.

4.4 Ο Σωφρονιστικός Κώδικας (ν. 2776/1999)

Στη σύγχρονη Ελλάδα, μετά από μια μακρόχρονη νομοθετική επεξεργασία με στόχο την αναθεώρηση του Κώδικα Μεταχείρισης Κρατουμένων, θεσπίστηκε ο ισχύων Σωφρονιστικός Κώδικας. Η μεταρρύθμιση αυτή κρίθηκε απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπιστεί η κρίση στις ελληνικές φυλακές τη δεκαετία του '90, καθώς ο υπερπληθυσμός των φυλακών, η υποτυπώδης υποδομή και οι εγγενείς αδυναμίες του σωφρονιστικού συστήματος δημιουργούσαν προβλήματα στο ελληνικό κράτος με την καλλιέργεια κλίματος ανασφάλειας και ανομίας στον κοινωνικό κόσμο (Μαργαρίτης & Παρασκευόπουλος,2003:435-436).

Στο άρθρο 1 παρ 1. του Σωφρονιστικού Κώδικα, ορίζει ότι οι ρυθμίσεις του νέου Κώδικα αφορούν «στους όρους και στις συνθήκες εκτέλεσης ποινών και μέτρων ασφαλείας κατά της ελευθερίας, σύμφωνα με το Σύνταγμα, τις διεθνείς συμβάσεις, τους νόμους και τις κανονιστικές πράξεις που εκδίδονται κατά εξουσιοδότησή τους», ενώ στα επόμενα άρθρα των γενικών αρχών υπογραμμίζεται ο σεβασμός της

ανθρώπινης αξιοπρέπειας κατά τη μεταχείριση, με τον καθορισμό των οργάνων ελέγχου νομιμότητάς της.

Κατά συνέπεια, παρατηρείται μια ουσιώδης απόκλιση από το αντίστοιχο άρθρο 1 του Κώδικα Μεταχείρισης Κρατουμένων, που έθετε ως σκοπό της περιοριστικής της ελευθερίας ποινής την αγωγή και την κοινωνική επανένταξη των κρατουμένων, στην οποία απέβλεπε και η μεταχείρισή τους καθώς, γίνεται πλέον αποδεκτό ότι σκοπός της ποινής είναι μόνον ο περιορισμός της ελευθερίας του ατόμου και συνεπώς η φυλακή, σε οποιαδήποτε μορφή, θεωρείται αποκλειστικά και μόνο τόπος εκτέλεσης της επιβαλλόμενης ποινής και τίποτε περισσότερο. Εγκαταλείπεται λοιπόν ο πατερναλιστικός χαρακτήρας της κρατικής παρέμβασης στην προσωπικότητα των κρατουμένων το οποίο πρόσβευε η ανωτέρω διάταξη του ΚΜΚ, και που ενστερνιζόταν το «αναμορφωτικό πρότυπο» και όπως προαναφέρθηκε, λόγω του παρεμβατικού του χαρακτήρα στην προσωπικότητα των κρατουμένων, επικρίθηκε για αντισυνταγματικότητα

Στο νέο Σωφρονιστικό Κώδικα έγινε προσπάθεια συγκερασμού του «δικαιϊκού προτύπου» με το «αναμορφωτικό πρότυπο» υπό την έννοια ότι υιοθετήθηκε η άποψη ότι η ποινή της φυλάκισης αφορά αποκλειστικά και μόνο τον περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας, παράλληλα όμως, ότι οι κρατούμενοι δεν πρέπει να αποξενώνονται από την άσκηση των ατομικών ή άλλων δικαιωμάτων τους (π.χ. το πολιτικό δικαίωμα ψήφου κατά τις εκλογές), ούτε να υποβάλλονται σε άλλους περιορισμούς, εκτός από αυτούς που προβλέπονται από τον Κώδικα (Μητροσύλη & Φρονίμου,2006:12).

Στο νέο Σωφρονιστικό Κώδικα, ενσωματώνονται καινοτόμοι θεσμοί που στοχεύουν στην ομαλή επάνοδο των κρατουμένων στην κοινωνία και προβλέπονται σε ρυθμίσεις σχετικά με την εκπαίδευση, εργασία, ασφάλιση, ψυχαγωγία και επικοινωνία των κρατουμένων με την οικογένειά τους και τον έξω της φυλακής κόσμο, στο πλαίσιο μέτρων κοινωνικής πολιτικής, υπό τη βασική προϋπόθεση ότι το επιθυμούν οι ίδιοι οι κρατούμενοι (Μητροσύλη & Φρονίμου,2006:13).

Ειδικότερα:

Στα άρθρα 34-64 και 81-82 του Σωφρονιστικού Κώδικα ρυθμίζονται τα θέματα που αποβλέπουν αφενός στη συμφιλίωση των κρατουμένων με την οικογένειά τους και

στη σύσφιξη των κοινωνικών δεσμών με το ευρύτερο περιβάλλον τους και αφετέρου στην επαγγελματική τους επανένταξη.

Σε ό,τι αφορά στις επισκέψεις της οικογένειας, σύμφωνα με το άρθρο 52 του Σωφρονιστικού Κώδικα «Κάθε κρατούμενος δικαιούται να δέχεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα επισκέψεις συγγενών μέχρι τετάρτου βαθμού, διάρκειας το λιγότερο μισής ώρας, καθώς και επισκέψεις του συνηγόρου του χωρίς αριθμητικό ή χρονικό περιορισμό» ενώ η παράγραφος 2 ορίζει ότι «το Συμβούλιο Φυλακής μπορεί, από δική του πρωτοβουλία ή μετά από γραπτή ή προφορική πρόταση της κοινωνικής υπηρεσίας ή μετά από αίτημα κρατουμένου, να επιτρέπει την επίσκεψη και άλλων ατόμων ή συλλόγων, που εκτιμάται ότι δεν θα ασκήσουν δυσμενή επίδραση στον κρατούμενο. Εκπρόσωποι κοινωνικών φορέων, μέλη επιστημονικών εταιριών, πολιτιστικών, θρησκευτικών ή άλλων συλλόγων επισκέπτονται κρατούμενους ύστερα από άδεια του Συμβουλίου Φυλακής» (Ν. 2776/1999 Σωφρονιστικός Κώδικας).

Σύμφωνα με το άρθρο 53 του Σωφρονιστικού Κώδικα, η τηλεφωνική επικοινωνία καθώς και η αποστολή τηλεγραφημάτων και επιστολών, αποτελούν δικαιώματα των κρατουμένων τα οποία υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς. Επιτρέπεται ελεύθερα η τηλεφωνική επικοινωνία με δαπάνες των κρατουμένων, με τα πρόσωπα που έχουν δικαίωμα επίσκεψης, από κοινόχρηστο τηλέφωνο που είναι τοποθετημένο σε οπτικά ελεγχόμενο χώρο της φυλακής. Όμως απαγορεύεται ρητά η χρήση και κατοχή κινητών, ενώ η τηλεφωνική επικοινωνία με πρόσωπα, εκτός εκείνων που δικαιούνται επίσκεψης, ορίζεται με απόφαση του Συμβουλίου Φυλακής. Σε ό,τι αφορά την αποστολή τηλεγραφημάτων και επιστολών δεν υπάρχει περιορισμός. Στο πλαίσιο της επικοινωνίας των κρατουμένων με το οικογενειακό τους και κοινωνικό τους περιβάλλον εντάσσονται και οι ρυθμίσεις για τις άδειες εξόδου από τις φυλακές.

Οι θεσμοί της εκπαίδευσης, της εργασίας καθώς οι εναλλακτικές μορφές έκτισης της ποινής σχετίζονται άμεσα με την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη των κρατουμένων. Το άρθρο 35 του Σωφρονιστικού Κώδικα ρυθμίζει την εκπαίδευση, της οποίας στόχος είναι η απόκτηση ή συμπλήρωση γνώσεων ή δεξιοτήτων μέσω συστηματικής διδασκαλίας, σε όλες τις βαθμίδες του εκπαιδευτικού συστήματος. Η εκπαίδευση μπορεί να πάρει τη μορφή παρακολούθησης της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και τη μορφή της επαγγελματικής κατάρτισης. Σε ό,τι αφορά στην εργασία, το άρθρο 40 διευκρινίζει ότι

η εργασία ή απασχόληση του κρατουμένου δεν έχει τιμωρητικό ή καταπιεστικό χαρακτήρα, ενώ η ένταξη σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, κατάρτισης, κ.α. των κρατουμένων, που αποτελεί το βασικό βήμα προς την επαγγελματική επανένταξη, γίνεται με τη θέλησή τους.

Στα άρθρα 59-64 αναφέρονται στους θεσμούς της ημιελεύθερης διαβίωσης εργαζομένων στην κοινότητα κρατουμένων, της τμηματικής έκτισης της ποινής καταδίκων και της παροχής κοινωφελούς εργασίας για φυλακισμένους που η ποινή τους έχει μετατραπεί σε χρηματική. Αυτοί οι θεσμοί καθώς και ο θεσμός της υπό όρο απόλυσης (άρθρα 105-110Α ΠΚ) αν και θεωρούνται τρόποι εκτέλεσης της ποινής, δεν παύουν να αποτελούν κατεξοχήν θεσμούς αποϊδρυματοποίησης και επανένταξης, επειδή συντελούν στην ανάκτηση μέρους της περιορισμένης με την ποινή ελευθερίας. Εξυπηρετούν επίσης τη μείωση βραχυχρόνιων ποινών και την αποφυγή των δυσμενών συνεπειών της φυλάκισης, το αίσθημα της κοινωνικής δικαιοσύνης για οικονομικά αδύνατους που δεν μπορούν να εξαγοράσουν την ποινή, την αποσυμφόρηση των φυλακών, την εξοικονόμηση πόρων και τέλος την προετοιμασία κρατουμένων που πρόκειται να απολυθούν, ιδίως μετά από έκτιση μακροχρόνιων ποινών (Μαργαρίτης & Παρασκευόπουλος, 2003:31) Δυστυχώς όμως οι συγκεκριμένοι εναλλακτικοί τρόποι έκτισης της ποινής κατά της ελευθερίας δεν εφαρμόζονται στην πράξη (Μητροσύλη & Φρονίμου, 2006:20).

Στα άρθρα 81-82 αφορούν στη μετασφρονιστική μέριμνα. Για την εφαρμογή της γενικής αρχής κρατικής μέριμνας, πριν και μετά το χρόνο απόλυσης, προβλέπεται η με προεδρικό διάταγμα ίδρυση Ν.Π.Ι.Δ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με την επωνυμία «Επάνοδος» υπό την εποπτεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης που αποσκοπεί στην επαγγελματική κατάρτιση, οικονομική συμπαράσταση και γενικότερα στην κοινωνική επανένταξη των φυλακισμένων και αποφυλακισμένων. Μέχρι τη σύσταση της Επάνοδου, το έργο της επιτελούνταν αρχικά από το Υπουργείο Δικαιοσύνης (ν. 2943/2001) και έπειτα από το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη (π.δ. 81/2019). Επίσης συστήνονται σε κάθε νομό με απόφαση του Νομάρχη «Επιτροπές Κοινωνικής Υποστήριξης» που απαρτίζονται από εκπροσώπους κοινωνικών και εθελοντικών φορέων, με στόχο κυρίως τη στήριξη των αποφυλακισμένων στην ομαλή κοινωνική ζωή. Για τη στεγαστική αποκατάσταση των αποφυλακισμένων δημιουργούνται με προεδρικό διάταγμα «Ξενώνες» που υπάγονται στην «Επάνοδο». Σύμφωνα με το άρθρο 82 (Σωφρ. Κ.) στους ξενώνες επιτρέπεται να διαβιούν και

τρέφονται οι άστεγοι αποφυλακισμένοι για δύο μήνες. Τους παρέχονται επιπλέον ενημέρωση στους τομείς της κατάρτισης και της εργασίας, καθώς και ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος προβλέπεται η, με κοινή υπουργική απόφαση, ίδρυση επιχειρήσεων ή μονάδων υπό την εποπτεία του κράτους και η παροχή κινήτρων για τη δημιουργία δικών τους ιδιωτικών επιχειρήσεων ή εκμεταλλεύσεων.

Εν κατακλείδι, παρατηρείται ότι υπάρχει πληθώρα διατάξεων του Σωφρονιστικού Κώδικα που δίδουν βαρύτητα στην ομαλή επανένταξη των αποφυλακισμένων. Ωστόσο καινοτόμες διατάξεις του δεν εφαρμόζονται, γιατί απουσιάζουν η αναγκαία για την εφαρμογή τους υλικοτεχνική και σε ανθρώπινους πόρους κατάλληλη υποδομή και έτσι η δημόσια πολιτική εξαντλείται κυρίως στη νομοθέτηση, χωρίς να επιχειρεί να επιλύσει στην πράξη τα καθημερινά προβλήματα των κρατουμένων που σχετίζονται με τις ανθρώπινες συνθήκες κράτησης, με τη διατήρηση των οικογενειακών δεσμών και την κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη (Μητροσύλη & Φρονίμου, 2006:23).

4.5 Προγράμματα κοινωνικής επανένταξης

Οι περισσότεροι παραβάτες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής στα οποία μπορεί να περιλαμβάνονται ο οικογενειακός και κοινοτικός στιγματισμός και εξοστρακισμός, καθώς και ο επακόλουθος αρνητικός αντίκτυπος στη δυνατότητά τους να βρουν εργασία ή στέγη, να επιστρέψουν στην τυπική εκπαίδευση ή να αναπτύξουν, για πρώτη φορά εκ νέου, ατομικό και κοινωνικό κεφάλαιο. Αν δεν λάβουν βοήθεια για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, εμπλέκονται συχνά σε ένα κύκλο αποτυχημένης κοινωνικής ένταξης, υποτροπής, νέας καταδίκης και κοινωνικής απόρριψης. Αν και οι κοινότητες δεν κατανοήσουν και δεν αποδεχθούν τη σημασία που έχει η διασφάλιση της επιτυχούς επανένταξης των παραβατών, θα παραμείνουν απρόθυμες ή ανήμπορες να διευκολύνουν αυτή τη διαδικασία ή να διαδραματίσουν ενεργό ρόλο στην κοινωνική αποκατάσταση των παραβατών.

Η «κοινωνική ένταξη» αναφέρεται στη διαδικασία ενσωμάτωσης ενός ατόμου, κοινωνικά και ψυχολογικά, στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Γενικά υπάρχουν δύο κατηγορίες προγραμμάτων κοινωνικής επανένταξης:

α) Προγράμματα και παρεμβάσεις που προσφέρονται στο ίδιο το ιδρυματικό περιβάλλον, πριν από την αποφυλάκιση των παραβατών, με σκοπό να τους βοηθήσουν στην επίλυση προβλημάτων, στην αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με την εγκληματική τους συμπεριφορά και στην απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων, ώστε να εκπληρώσουν τις ανάγκες τους και να ζουν με σεβασμό προς το νόμο, καθώς και με σκοπό να τους προετοιμάσουν για την αποφυλάκιση και την επάνοδο τους στην κοινωνία.

β) Προγράμματα βασιζόμενα στις τοπικές κοινότητες, κάποιες φορές στο πλαίσιο ενός προγράμματος υπό όρους απόλυσης, με σκοπό τη διευκόλυνση της κοινωνικής επανένταξης των παραβατών μετά την αποφυλάκισή τους. Πολλά από τα προγράμματα που εμπίπτουν στη δεύτερη κατηγορία βασίζονται στην πραγματοποίηση κάποιας μορφής κοινοτικής επίβλεψης και στην παροχή διαφόρων μορφών στήριξης και αρωγής στους παραβάτες, μερικές φορές και στις οικογένειες τους.

Τα τελευταία χρόνια οι παρεμβάσεις μετά την αποφυλάκιση, περιλαμβανομένων και των παρεμβάσεων που βασίζονται στις τοπικές κοινότητες αναφέρονται ποικιλοτρόπως ως « μετασφρονιστική μέριμνα», ως « μεταβατικές υπηρεσίες» ή ως προγράμματα «κοινωνικής επανένταξης» ή «επανεγκατάστασης». Κάποιες από αυτές τις παρεμβάσεις μετά την αποφυλάκιση αρχίζουν στην πραγματικότητα ενώ οι παραβάτες είναι ακόμη έγκλειστοι, με σκοπό τη διευκόλυνση της προσαρμογής τους ύστερα από αυτή. Σε μεγάλο αριθμό χωρών τονίζεται και πάλι η διαχείριση της επανόδου των παραβατών στο κοινωνικό σύνολο. Η επάνοδος συνήθως πραγματοποιείται στη λήξη μιας φυλακτικής ποινής ή άλλης μορφής εγκλεισμού.

Σε ορισμένες χώρες τα προγράμματα αυτά είναι γνωστά «προγράμματα επανεγκατάστασης παραβατών». Η Ένωση Προϊσταμένων Επιμελητών Δοκιμασίας του Ηνωμένου Βασιλείου της Μεγάλης Βρετανίας και της Βορείου Ιρλανδίας έχει υιοθετήσει για το «πρόγραμμα επανεγκατάστασης» τον ακόλουθο ορισμό:

«Μια συστηματική και τεκμηριωμένη διαδικασία με την οποία να λαμβάνονται μέτρα συνεργασίας με τον παραβάτη, κατά τη διάρκεια της κράτησης και μετά την αποφυλάκιση, ώστε να είναι οι κοινότητες καλύτερα προστατευμένες από βλάβη και να μειώνεται σε σημαντικό βαθμό η υποτροπή. Εμπερικλείει το σύνολο του έργου που

επιτελείται με κρατούμενους, τις οικογένειες και τους σημαντικούς τους άλλους, σε συνεργασία με θεσμικούς και εθελοντικούς οργανισμούς».

Στη συντριπτική πλειονότητα τους τα έγκλειστα άτομα τελικά αποφυλακίζονται. Η διαδικασία επανόδου αποτελεί για τους παραβάτες μια μετάβαση γεμάτη συναισθηματική σημασία και πρακτικές δυσκολίες. Η διαδικασία αυτή μπορεί επιπροσθέτως να θέσει προκλήσεις για τις οικογένειες των παραβατών και την ευρύτερη κοινότητα. Κατά τις προσπάθειες επομένως που καταβάλλονται για τη στήριξη της επιτυχούς επανόδου των παραβατών στην κοινότητα πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψιν τόσο οι ανάγκες τους, όσο και ο κίνδυνος που παρουσιάζουν για την κοινοτική ασφάλεια. Τα επιτυχή προγράμματα είναι συνήθως εκείνα που ευαισθητοποιούν το κοινό γύρω από το πρόβλημα και στα οποία υπάρχει συνεργασία με τοπικές κοινότητες, ώστε να καταστεί η επανένταξη των παραβατών κάτι το εφικτό.

Μεγάλος αριθμός προγραμμάτων εστιάζεται σε συγκεκριμένες προκλήσεις που αντιμετωπίζονται από τους παραβάτες όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η εξάρτηση από τέτοιες ουσίες ή η ανεργία. Πολλά προγράμματα επανένταξης έχουν σχεδιαστεί για συγκεκριμένες κατηγορίες παραβατών, όπως οι υπότροποι, οι τοξικοεξαρτημένοι, οι νεαράς ηλικίας, οι ψυχικά ασθενείς ή οι επικίνδυνοι σεξουαλικοί παραβάτες (Dandurand et al., 2008).

Οι περισσότεροι παραβάτες αντιμετωπίζουν ένα φάσμα κοινωνικών, οικονομικών και προσωπικών προκλήσεων που έχουν την τάση να εξελίσσονται σε εμπόδια για την κοινωνική τους ένταξη. Τα πραγματοποιούμενα μέσα σε ιδρύματα και τα βασιζόμενα στις τοπικές κοινότητες προγράμματα επανένταξης μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτές τις προκλήσεις μέσω της εστίασής τους στα κίνητρα, στην εκπαίδευση, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων, στην απασχόληση, στο χώρο διαμονής, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη θεραπεία από τις ουσίες, στην ψυχιατρική περίθαλψη καθώς και στις γνωστικές και συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις (Maruna & Lebel, 2002).

Κάθε παρέμβαση, ανεξαρτήτως της μεθόδου της, πραγματοποιείται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, όταν υλοποιείται στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος που είναι σχεδιασμένο για την ενασχόληση με τα ιδιαίτερα προβλήματα και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ένας παραβάτης σε προσωπική βάση (Griffiths, Dandurand & Murdoch, 2007)

4.5.1 Γνωστικά-Συμπεριφοριστικά Προγράμματα

Ένα συχνό χαρακτηριστικό των παραβατών είναι η διαστρεβλωμένη γνωστική λειτουργία (αυτοδικαιολογητική σκέψη, παρερμηνεία των κοινωνικών στοιχείων, μετάθεση ευθύνης, ελλιπής ηθικός συλλογισμός, σχήματα κυριαρχίας και αίσθηση ιδιαίτερων δικαιωμάτων κλπ.). Η Γνωστική-Συμπεριφοριστική Θεραπεία μπορεί να αντιμετωπίσει αυτά τα γνωστικά ελλείμματα και τις διαστρεβλώσεις, μαθαίνοντας τους παραβάτες να κατανοούν τη διαδικασία της σκέψης και τις επιλογές που συνδέονται με την εγκληματική τους συμπεριφορά. Οι παραβάτες μπορούν να μάθουν να διορθώνουν οι ίδιοι τη συλλογιστική τους και να αναγνωρίζουν, όπως και να διορθώνουν, τους προκατειλημμένους, ριψοκίνδυνους ή ελλιπείς τρόπους με τους οποίους σκέπτονται. Οι παρεμβάσεις αυτές συχνά περιλαμβάνουν εκπαίδευση στις γνωστικές δεξιότητες, διαχείριση θυμού (με σκοπό την αντιμετώπιση των μοτίβων αυτόματων σκέψεων που οδηγούν σε βίαιες αντιδράσεις) και άλλες τεχνικές που σχετίζονται με την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων και διαπροσωπικής ωριμότητας (Lipsy, Landenberger & Wilson, 2007)

Αρκετοί επαγγελματίες έχουν υποστηρίξει ότι τα αποτελεσματικότερα είδη μεταχείρισης για παραβάτες στηρίζονται σε γνωστικές-συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις και σε προσεγγίσεις κοινωνικής μάθησης, ιδίως όταν σε αυτές λαμβάνονται υπ' όψιν τα ατομικά χαρακτηριστικά του παραβάτη, όπως για παράδειγμα, η διαπροσωπική ευαισθησία, το διαπροσωπικό άγχος και η λεκτική νοημοσύνη (Andrew, Bonta & Hoge, 1999).

Η αποτελεσματικότητα της γνωστικής-συμπεριφοριστικής θεραπείας κατατάσσεται γενικώς στο υψηλότερο επίπεδο καθώς διαθέτει μια καλά ανεπτυγμένη θεωρητική βάση η οποία στοχοποιεί ρητά την «εγκληματική σκέψη» ως παράγοντα που συμβάλλει στην αποκλίνουσα συμπεριφορά και μπορεί να προσαρμοστεί σε διάφορους παραβάτες. Μπορεί επίσης να προσφερθεί επιτυχώς και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, είτε στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου συνόλου παρεμβάσεων είτε ως ανεξάρτητη παρέμβαση (Lipsy, Landenberger, Wilson, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Σύμφωνα με τις οδηγίες του NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2005), η θεραπεία της Διαταραχής Ψυχομετατραυματικού Στρες (ΔΨΜΣ) χωρίζεται σε τρία στάδια παρέμβασης : την πρώιμη παρέμβαση, η παρέμβαση όπου τα συμπτώματα είναι παρόντα εντός του πρώτου τριμήνου από την τραυματική εμπειρία και τέλος η παρέμβαση όπου τα συμπτώματα είναι παρόντα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών από την τραυματική εμπειρία.

Στο στάδιο της πρώιμης παρέμβασης προτείνεται η αναμονή πλήρους παρακολούθησης , σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα είναι ήπια και παρόντα σε χρονικό διάστημα μικρότερο των τεσσάρων εβδομάδων. Τότε θα πρέπει να γίνει συνεδρία follow up εντός του μήνα. Αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός ο «φροντιστής» του ψυχικού τραύματος θα πρέπει να έχει επίγνωση του ψυχολογικού αντικτύπου του τραύματος , ώστε να προσφέρει πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη.

Όταν τα συμπτώματα είναι παρόντα εντός τριών μηνών από το τραύμα ο NICE προτείνει πως οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνονται στα άτομα με σοβαρά συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες, πρέπει να είναι εστιασμένες στη θεραπεία τραύματος. Κάτι τέτοιο δηλαδή, ιδανικά σημαίνει 8 ως 12 συνεδρίες άνω των 90 λεπτών, οι οποίες πρέπει να γίνονται σε συχνή βάση (πχ εβδομαδιαία), με τον ίδιο θεραπευτή. Σε περιπτώσεις διαταραχής ύπνου ίσως θα πρέπει να συμπεριληφθεί στη θεραπεία η φαρμακευτική αγωγή μόνο στα αρχικά στάδια όμως, ώστε να αποφευχθεί η πιθανότητα της εξάρτησης. Θεραπευτικές παρεμβάσεις μη στοχευμένες στη θεραπεία τραύματος στο στάδιο αυτό δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται.

Για τις παρεμβάσεις όπου τα συμπτώματα είναι παρόντα παραπάνω από 3 μήνες ο NICE προτείνει πως και σε αυτή την περίπτωση όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να λάβουν εξατομικευμένη θεραπεία εστιασμένη στο τραύμα όπως η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία ή η θεραπεία EMDR. Για ένα μεμονωμένο ψυχικό τραύμα προτείνονται 8 ως 12 συνεδρίες ψυχοθεραπείας εστιασμένης στο τραύμα , οι οποίες πρέπει να διενεργούνται τακτικά και από τον ίδιο θεραπευτή. Τα άτομα που έχουν βιώσει πολλαπλά τραυματικά γεγονότα, τραυματικό πένθος, χρόνια δυσλειτουργία που

είναι αποτέλεσμα ενός τραυματικού γεγονότος ή σοβαρές συνυπάρχουσες διαταραχές και κοινωνικά προβλήματα, η ψυχοθεραπεία μπορεί να επεκταθεί σε περισσότερες από 12 συνεδρίες και πρέπει να είναι μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδίου φροντίδας. Ο NICE συμβουλεύει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αφιερώνουν τις συνεδρίες τους στο να χτίσουν μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης επιβεβαιώνοντας πως ο θεραπευόμενος είναι συναισθηματικά ασφαλής πριν ξεκινήσουν να αποκαλύπτουν τις λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος.

Παρά το γεγονός ότι υπάρχει εύρος θεραπειών για όσους υποφέρουν από διαταραχή μετατραυματικού στρες, από ψυχοθεραπείες μη εξειδικευμένης προσεγγίσεως μέχρι εκείνες που ειδικεύονται στη θεραπεία της ΔΨΜΣ, προτείνεται η χρήση εκείνων των θεραπειών για τις οποίες υπάρχουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της κάθε προσέγγισης. Αυτές οι θεραπείες χρησιμοποιούν ψυχολογικά μοντέλα και τεχνικές που μπορούν να εφαρμοστούν από ένα εύρος επαγγελματιών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιάτρων, των ψυχολόγων, των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και των κοινωνικών λειτουργών. Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες θεραπείες που ειδικεύονται, όπως προναφέρθηκε στο ψυχικό τραύμα είναι η Γνωστικό-Συμπεριφοριστική θεραπεία και η θεραπεία EMDR.

5.1 Θεραπεία EMDR

Αυτή η τεχνική αναπτύχθηκε από τον Shapiro το 1989 με βάση ένα θεωρητικό μοντέλο που προτείνει πως η ακατάλληλη επεξεργασία και αποθήκευση των αναμνήσεων των τραυματικών γεγονότων, προκαλεί τα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Shapiro, 1989). Κατά τη διάρκεια ενός τραυματικού γεγονότος η συναισθηματική υπερδιέγερση είναι σε τόσο μεγάλη ένταση που παρεμβαίνει στην ικανότητα του ατόμου να επεξεργαστεί την εμπειρία και να σχηματίσει μια συνεκτική περιεκτική ανάμνηση. Συνεπώς η ανάκληση του γεγονότος μπορεί να είναι ιδιαιτέρως δυσφορική και το άτομο μπορεί να νιώσει σα να ξαναζεί το γεγονός. Παρομοίως, επειδή η ανάμνηση δεν έχει εμπεριεχθεί, μπορεί να δοθεί το έναυσμα από παροντικές εμπειρίες και να έχει σοβαρό εξουθενωτικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή. Το Μοντέλο Δοκιμαστικής Προσαρμογής του Shapiro (2001) αναφέρει πως διεγείροντας την επεξεργασία της πληροφορίας από τον ασθενή με τις κινήσεις των ματιών, με ελαφριά χτυπήματα ή

τόνους, καθώς ανακαλούν την τραυματική ανάμνηση, μπορεί να βοηθήσει στον επαναπροσδιορισμό και στην ενσωμάτωση της ανάμνησης, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της δυσφορίας της ανάμνησης. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας EMDR ζητείται από το θεραπεύομενο να προσδιορίσει εικονικά το τραυματικό γεγονός καθώς και τα αρνητικά πιστεύω του που σχετίζονται με την ανάμνηση. Έπειτα του ζητείται να ανακαλέσει αυτή την εικόνα μέσω μιας σειράς γρήγορων κινήσεων των ματιών. Αυτή η διττή διαδικασία θεωρητικά επιτρέπει τον επαναπροσδιορισμό του αρχικού ψυχικού τραύματος και την αποευσθητοποίηση των αρνητικών συναισθημάτων που συνδέονται με αυτό.

Πρόσφατες μελέτες έχουν θέσει υπό αμφισβήτηση την αξία των οφθαλμικών κινήσεων στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα του EMDR. Αναφέρεται συγκεκριμένα πως η επιτυχία της οφείλεται σε άλλες διαδικασίες κατά τη διάρκεια της θεραπείας που είναι κοινές με άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις (Davidson & Parker, 2001). Αυτά τα διαδικαστικά στοιχεία περιλαμβάνουν την ανάκληση της εικόνας στόχου, την αποευσθητοποίηση και τη γνωστική ανακατασκευή που είναι κοινά με τη Γνωστικό-Συμπεριφοριστική προσέγγιση. Ωστόσο ο δημιουργός της προσέγγισης (Shapiro, 1996) και άλλοι (Welch & Beere, 2002) υποστηρίζουν πως η διττή διέγερση είναι το πυρηνικό θεραπευτικό στοιχείο της προσέγγισης.

5.2 Επικεντρωμένη στο Ψυχικό Τραύμα Γνωστικό-Συμπεριφοριστική Θεραπεία

Η Γνωστικό-Συμπεριφοριστική Προσέγγιση επικεντρώνεται στη σχέση ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές και η θεραπεία βασίζεται σε τεχνικές που αποσκοπούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα δυσφορίας του ατόμου προσαρμόζοντας τις σκέψεις τους, τα πιστεύω τους και τις συμπεριφορές τους. Τα γνωστικό-συμπεριφοριστικά προγράμματα που είναι σχεδιασμένα ειδικά για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, γενικά περιλαμβάνουν μια ψυχοεκπαίδευση για τις παρόμοιες αντιδράσεις σε ένα τραυματικό γεγονός με σκοπό να κανονικοποιήσουν τα συμπτώματα του ατόμου που υποφέρει και γενικά να χρησιμοποιήσει τεχνικές θεραπείας που συμπεριλαμβάνουν την έκθεση τη γνωστική θεραπεία και τη διαχείριση στρες.

Για τη θεραπεία της μετατραυματικής διαταραχής στρες η τεχνική της έκθεσης περιλαμβάνει τη φαντασιακή έκθεση, την αφηγηματική γραφή, και τη

ζωντανή έκθεση. Η φανταστική έκθεση και η αφηγηματική γραφή περιλαμβάνουν ένα λεπτομερή και συναισθηματικό επαναπροσδιορισμό του τραυματικού γεγονότος είτε με λεκτικό σχολιασμό είτε σε γραπτή μορφή. Αυτό επαναλαμβάνεται μέχρι το άτομο να σταματήσει να βιώνει υψηλά επίπεδα δυσφορίας κατά τη διάρκεια της ανάμνησης. Η ζωντανή έκθεση περιλαμβάνει την ταυτοποίηση των ασφαλών καταστάσεων που το άτομο αποφεύγει εξαιτίας της σύνδεσης τους με το τραυματικό γεγονός. Ο θεραπευτής θα οδηγήσει το άτομο σε επαναλαμβανόμενες εκθέσεις σε αυτές τις καταστάσεις μέχρι να σταματήσει να νιώθει φοβισμένος και αγχωμένος όταν τις βιώνει (Foa&Kozak,1986).

Η γνωστική θεραπεία αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1970, αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Beck,1976) και έπειτα για το άγχος (Clark,1999). Αυτό το είδος θεραπείας ασχολείται με το να αντιμετωπίσει τις υπερβολικά αρνητικές σκέψεις και τα αρνητικά πιστεύω του ασθενούς, να μειώσει τη δυσφορία και να βελτιώσει την καθημερινή λειτουργικότητα. Η γνωστική θεραπεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες επικεντρώνεται στην υπερευαισθησία του ασθενούς στην απειλή και πως αυτή πηγάζει από τις ερμηνείες της τραυματικής εμπειρίας και των συνεπειών της. Ο θεραπευτής βοηθά το θεραπευόμενο να δοκιμάσει τις προβλέψεις για τις ερμηνείες σχετικά με το τι είναι ασφαλές και να συγκεντρώσει στοιχεία υπέρ και κατά αυτών των προβλέψεων. Καθώς το κάνει αυτό ο θεραπευόμενος ενθαρρύνεται να μη χρησιμοποιεί αποφευκτικές συμπεριφορές και να μη συλλογίζεται υπερβολικά σχετικά με το τι μπορεί ή όχι να συμβεί και έτσι τελικά το άτομο τελικά καταλήγει σε πιο προσαρμοστικά συμπεράσματα.

Η διαχείριση στρες ασχολείται με τη δημιουργία δεξιοτήτων αντιμετώπισης και διαχείρισης του άγχους και είναι το κεντρικό θέμα στη γνωστικό-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Γενικά αυτή η διαχείριση περιλαμβάνει εκπαίδευση στη χαλάρωση, επανεκπαίδευση στην αναπνοή, θετική σκέψη και απόσπαση. Για τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, η διαχείριση του άγχους έχει ως σκοπό να αυξήσει την αίσθηση κυριαρχίας, βελτιώνοντας τις δεξιότητες διαχείρισης και δημιουργώντας ευκαιρίες να δοκιμαστούν αυτές οι δεξιότητες με ενοφθαλμισμένο και σταδιακό τρόπο (Meichenbaum, 1985).

5.3 Προσαρμοσμένες Παρεμβάσεις

Σκεπτόμενοι πιο συστηματικά για τις παρεμβάσεις και με ιδιαίτερη συνάφεια με τους θεραπευόμενους που εμφανίζουν πιο σύνθετες προβολές ο Briere και ο Scott (2006) παρουσιάζουν έναν αριθμό βασικών αρχών θεραπείας τραυματισμένων ατόμων.

Αυτές συμπεριλαμβάνουν:

- Παροχή και διασφάλιση της ασφάλειας
- Παροχή και διασφάλιση της σταθερότητας
- Διατήρηση μιας σταθερής και θετικής θεραπευτικής σχέσης
- Προσαρμογή της θεραπείας στο θεραπευόμενο
- Το να συμπεριληφθούν τα ζητήματα που προκύπτουν ανά φύλο\
- Καλή γνώση των κοινωνικοπολιτισμικών ζητημάτων
- Παρακολούθηση και έλεγχος της μεταβίβασης

Αν οι θεραπευτές ακολουθήσουν αυτές τις αρχές δε θα είναι καθόλου βοηθητικό να δουλέψουν μόνο με το θεραπευόμενο και το τραύμα του χωρίς πριν ή τουλάχιστον παράλληλα να δουλέψουν με το περιβάλλον του και ειδικά με εκείνους που παρέχουν στους θεραπευόμενους ασφάλεια και φροντίδα. Η ατομική παρέμβαση με το θεραπευόμενο καθώς και με το ευρύτερο περιβάλλον του μπορεί να συνοψιστεί σε τρεις τομείς παρέμβασης:

- Ψυχοεκπαίδευση για το θεραπευόμενο και το υποστηρικτικό του περιβάλλον
- Ρύθμιση της δυσφορίας και δημιουργία δεσμών αντιμετώπισης για το θεραπευόμενο και το υποστηρικτικό του περιβάλλον
- Επανεπεξεργασία του τραύματος

5.4 Η Προσέγγιση NARM

Το ΝευροΘυμικό Σχεσιακό Μοντέλο (NeuroAffective Relational Model) NARM είναι μια προηγμένη κλινική εκπαίδευση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με το σύνθετο τραύμα. Πρόκειται για μια νευροβιολογικά ενημερωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση του σχεσιακού και αναπτυξιακού τραύματος, που εστιάζει στη θεραπευτική εργασία με τα πρότυπα τραυματικής πρόσδεσης και τα συνεπακόλουθα μακροχρόνια ψυχοβιολογικά συμπτώματα και διαπροσωπικές δυσκολίες.

Σύγχρονα νευροεπιστημονικά ευρήματα τεκμηριώνουν, πως αυτά τα πρώιμα, ασυνείδητα πρότυπα αποσύνδεσης επηρεάζουν εις βάθος την ταυτότητα, τα συναισθήματα, τη νευροφυσιολογία, τη συμπεριφορά και τις σχέσεις. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση σε μια θεραπευτική προσέγγιση όπως είναι η μέθοδος NARM, που επικεντρώνεται ταυτόχρονα σε αυτά τα διαφορετικά επίπεδα αποτελεί μια ανεκτίμητη θεραπευτική επιλογή που βασίζεται στην σύγχρονη επιστημονική γνώση σχετικά με το τραύμα, συμβάλλοντας σε μια πληρέστερη κατανόηση των δυσμενών παιδικών εμπειριών (Adversity Childhood Experiences - ACEs).

Το αναπτυξιακά προσανατολισμένο και νευροεπιστημονικά τεκμηριωμένο μοντέλο, όπως περιγράφεται στο βιβλίο *Healing Developmental Trauma* των Drs. Laurence Heller & A. La Pierre έχει τις ρίζες του σε παλαιότερους ψυχοθεραπευτικούς προσανατολισμούς, όπως η Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία, η Σωματική Ψυχοθεραπεία, η Θεωρία του Πρωταρχικού Δεσμού ή Πρόσδεσης, η Γνωστική Θεραπεία, η Θεραπεία Gestalt και η μέθοδος Somatic Experiencing® και συνδέει την παραδοσιακή ψυχοθεραπεία με τις σωματικές προσεγγίσεις μέσα σε ένα πλαίσιο σχεσιακής πρακτικής. Η προσέγγιση NARM είναι μια κλινική θεραπεία που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα, ενώ είναι θεμελιωμένη σε μια φαινομενολογική προσέγγιση των θεμάτων της ταυτότητας, της καλλιέργειας επίγνωσης του εαυτού και των σχέσεων. Μέσα από αυτό το πρίσμα, η θεραπεία του σύνθετου τραύματος γίνεται ένα μέσο μετασχηματισμού σε προσωπικό και συλλογικό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια ο ρόλος της αυτορρύθμισης αποτελεί σημαντικό μέρος της ψυχολογικής σκέψης. Η προσέγγιση NARM ενσωματώνει την τρέχουσα κατανόηση της αυτορρύθμισης στην κλινική πρακτική. Αυτό το μη παλινδρομητικό μοντέλο που προσανατολίζεται στις εσωτερικές και εξωτερικές πηγές δύναμης, βοηθά τους θεραπευόμενους να εδραιώσουν τη σύνδεση με τα μέρη του εαυτού τους που είναι

οργανωμένα, συνεκτικά και λειτουργικά. Επιπλέον, τους υποστηρίζει να αποκτήσουν επίγνωση και να οργανώσουν τα μέρη του εαυτού τους που είναι αποδιοργανωμένα και δυσλειτουργικά, χωρίς να καθιστά τα στοιχεία αυτά ως το πρωταρχικό επίκεντρο της θεραπείας.

Βασικές αρχές

Η προσέγγιση NARM επικεντρώνεται στους θεμελιώδεις στόχους και στη λειτουργική σύνδεση μεταξύ της βιολογικής και της ψυχολογικής ανάπτυξης.

Συγκεκριμένα:

- Ενσωματώνει ένα σχεσιακό προσανατολισμό βασισμένο στο νευρικό σύστημα.
- Παρέχει αναπτυξιακά βασισμένες κλινικές παρεμβάσεις που αξιοποιούν τη σωματική ενσυνειδητότητα και ένα προσανατολισμό προς τους εσωτερικούς και εξωτερικούς πόρους για την ενίσχυση της αυτορρύθμισης στο νευρικό σύστημα.
- Επεξεργάζεται κλινικά τη σχέση μεταξύ των ψυχολογικών προβλημάτων και του σώματος, βοηθώντας τους θεραπευόμενους να αποκτήσουν πρόσβαση στην αυτορρυθμιζόμενη ικανότητα του σώματος και υποστηρίζοντας την επαναρύθμιση του νευρικού τους συστήματος.
- Χρησιμοποιεί την ενσυνείδητη διερεύνηση των βαθύτερων ταυτίσεων και αντι-ταυτίσεων που θεωρούμε ως ταυτότητά μας.

Στην προσέγγιση NARM, οι θεραπευτές εργάζονται ταυτόχρονα με τη νευροφυσιολογία και την ψυχολογία του ατόμου που έχει βιώσει αναπτυξιακό τραύμα και εστιάζουν στην αλληλεπίδραση μεταξύ των θεμάτων της ταυτότητας και της ικανότητας για σύνδεση και ρύθμιση.

Το NARM χρησιμοποιεί τέσσερις βασικές οργανωτικές αρχές:

- την ενίσχυση της σύνδεσης και της οργάνωσης
- τη διερεύνηση της ταυτότητας
- τη θεραπευτική εργασία στο παρόν
- τη ρύθμιση του νευρικού συστήματος

Ενώ ένα μεγάλο μέρος της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας έχει προσανατολιστεί στον εντοπισμό της παθολογίας και στην εστίαση στα προβλήματα, το NARM είναι ένα μοντέλο θεραπείας και ανάπτυξης που δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη θεραπευτική εργασία με το υπάρχον δυναμικό και τα αποθέματα καθώς και με τα συμπτώματα. Προσανατολίζεται στους πόρους, τόσο τους εσωτερικούς όσο και τους εξωτερικούς, προκειμένου να υποστηρίξει την ενίσχυση της ικανότητας για αυτορρύθμιση.

Στον πυρήνα αυτού που φαίνεται σαν ένα ευρύ φάσμα σωματικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων, τα περισσότερα ψυχολογικά και πολλά από τα σωματικά προβλήματα φαίνεται να οφείλονται στη διαταραχή που έχει παγιωθεί σε ένα, ή σε περισσότερα από τα πέντε οργανωτικά αναπτυξιακά θέματα που σχετίζονται με τα επιβιωτικά πρότυπα.

Αρχικά, τα επιβιωτικά πρότυπα είναι προσαρμοστικά και αντιπροσωπεύουν την ανάπτυξη, όχι την παθολογία. Ωστόσο, επειδή ο εγκέφαλος ανατρέχει στο παρελθόν για να προβλέψει το μέλλον, αυτά τα πρότυπα αποθηκεύονται στο νευρικό μας σύστημα και δημιουργούν μια προσαρμοστική αλλά ψευδή ταυτότητα. Αυτή ακριβώς η παγίωση των επιβιωτικών προτύπων που ήταν πρόσφορα και προστατευτικά στο παρελθόν είναι που στρεβλώνει την παρούσα εμπειρία και δημιουργεί τα συμπτώματα. Τα επιβιωτικά πρότυπα, μη πλέον λειτουργικά, προκαλούν μια συνεχή αποσύνδεση από τον αυθεντικό μας εαυτό και από τους άλλους.

Η προσέγγιση NARM δεν εστιάζει τόσο στις αιτίες για τις οποίες ένα άτομο έχει διαμορφωθεί όπως έχει διαμορφωθεί, όσο στον τρόπο με τον οποίο το επιβιωτικό του πρότυπο στρεβλώνει την παρούσα εμπειρία του. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο άρχισαν να αναπτύσσονται αυτά τα πρότυπα μπορεί να είναι χρήσιμη για το θεραπευόμενο, αλλά είναι χρήσιμη κυρίως στο βαθμό που τα πρότυπα αυτά επηρεάζουν την παρούσα εμπειρία του (Heller & LaPierre, 2012).

5.5 Δουλεύοντας με το τραυματισμένο σύστημα

Έρευνες δείχνουν πως στα καταστήματα κράτησης εκτός από τους κρατούμενους, σε αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες εμφανίζει και το προσωπικό της φυλακής εκτός από τους κρατούμενους (Wright

et al., 2006). Το περιβάλλον της φυλακής, μπορεί από μόνο του να είναι μια πηγή αρνητικών εμπειριών και θα μπορούσε να θεωρηθεί τραυματικό τόσο για τους κρατούμενους όσο και για το προσωπικό αφού μπορεί να είναι μάρτυρες αυτοτραυματικών συμπεριφορών, εκφοβισμού, επιθέσεων κ.α. Αν το ίδιο το σύστημα που παρέχει τη βοήθεια βιώνει μετατραυματικά συμπτώματα όπως υπερεπαγρύπνηση για απειλή ή υψηλό άγχος, είναι αδύνατο να μπορέσει να παρέχει μια εναρμονισμένη, συναισθηματική, ευαίσθητη και φροντιστική προσέγγιση και κατά συνέπεια να μπορέσει να παρέχει την ασφάλεια και τη συνοχή που απαιτείται για να είναι αποτελεσματική η θεραπεία τραύματος. Γι' αυτό προτείνεται ως βασική αρχή της θεραπείας τραύματος εντός της φυλακής, η δουλειά με το προσωπικό ώστε να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον πρόσφορο για την ανάλυση και την αντιμετώπιση του τραύματος. Η προσέγγιση της δουλειάς με τους φροντιστές και στην προκειμένη περίπτωση με το προσωπικό της φυλακής είναι μια αναπτυσσόμενη μέθοδος αποτελεσματικής παρέμβασης που βοηθά και στην περίοδο μετά την αποφυλάκιση (Golding et al., 2006)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6.1 Σκοπός

Κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν τα συμπτώματα του πρώιμου ψυχικού τραύματος και της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες σε ενήλικες αποφυλακισμένους, άντρες και γυναίκες, καθώς και η επίδραση αυτών στην επανένταξη τους. Επιμέρους στόχοι είναι και η μελέτη της παρουσίας συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη δείγματος.

6.2 Διαμόρφωση Ερευνητικών Υποθέσεων

Το περιβάλλον της φυλακής είναι ένα ιδιαίτερα σκληρό και άκαμπτο περιβάλλον μέσα στο οποίο οι κρατούμενοι βιώνουν πολλές κακουχίες με αποτέλεσμα να είναι εκτεθειμένοι σε πολλούς τύπους τραύματος που αργότερα μπορεί να τους οδηγήσει στην εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της διαταραχής. Ο ίδιος ο εγκλεισμός σα συνθήκη αποτελεί αρχικά ένα ισχυρό τραυματικό γεγονός. Άλλοι συνυφασμένοι παράγοντες είναι τα επικίνδυνα μοτίβα συμπεριφοράς και σκέψης των παραβατών, τα παιδικά τραύματα όπως η υπερβολική φτώχεια, η παραμέληση, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και άλλες μορφές κακοποίησης από τους γονείς ή από τα πρόσωπα φροντίδας.

Ο λόγος που επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη η διερεύνηση του πρώιμου ψυχικού τραύματος και της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στους αποφυλακισμένους καθώς και η επίδραση αυτών στην επανένταξή τους είναι η έλλειψη ερευνητικών δεδομένων στον πληθυσμό των αποφυλακισμένων στην Ελλάδα. Γενικότερα, οι μέχρι τώρα έρευνες και στην ξένη αλλά και στην ελληνική βιβλιογραφία είναι επικεντρωμένες κυρίως στον πληθυσμό των κρατουμένων αναφορικά με το πρώιμο ψυχικό τραύμα και τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.

6.3 Ερευνητικές Υποθέσεις

Βασισμένοι στις μέχρι τώρα έρευνες αλλά και στο θεωρητικό πλαίσιο για το πρώιμο ψυχικό τραύμα και τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες διατυπώθηκαν οι εξής ερευνητικές υποθέσεις:

- Παρουσία πρώιμου ψυχικού τραύματος συνολικού και επιμέρους στους αποφυλακισμένους. Αναμένονται υψηλά ποσοστά.
- Εμφάνιση συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στους αποφυλακισμένους. Αναμένονται υψηλά ποσοστά.
- Εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στους αποφυλακισμένους. Αναμένονται υψηλά ποσοστά.
- Συσχετίσεις εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και εμφάνισης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Αναμένεται υψηλή συσχέτιση.
- Συσχετίσεις εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και παρουσία πρώιμου ψυχικού τραύματος , συνολικού και επιμέρους. Αναμένεται υψηλή συσχέτιση.
- Συσχετίσεις πρώιμου ψυχικού τραύματος, συνολικού και επιμέρους και εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες. Αναμένεται οι αποφυλακισμένοι που εμφανίζουν συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες να αναφέρουν τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία.
- Συσχετίσεις πρώιμου ψυχικού τραύματος, συνολικού και επιμέρους και δυσκολία επανένταξης. Αναμένεται οι αποφυλακισμένοι που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική τους ηλικία να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επανένταξή τους.
- Συσχετίσεις εμφάνισης συμπτωμάτων Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες και δυσκολία επανένταξης. Οι αποφυλακισμένοι που εμφανίζουν συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες είναι πιθανότερο να δυσκολεύονται να επανενταχθούν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΑ

Μέθοδος της έρευνας

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων ξεκίνησε τον Ιούνιο του 2020 και διήρκησε ως τον Οκτώβριο του 2020. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ενήλικες αποφυλακισμένους άντρες και γυναίκες, Έλληνες και αλλοδαπούς ομιλούντες ελληνικά, ωφελούμενους του φορέα μετασφρονιστικής μέριμνας «ΕΠΑΝΟΔΟΣ Ν.Π.Ι.Δ», οι οποίοι προσήλθαν να αναζητήσουν τις υπηρεσίες του φορέα. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η ανηλικότητα και η μη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας καθώς τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν μόνο στα ελληνικά. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και εμπιστευτική και όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους βασικούς σκοπούς της έρευνας, το πλαίσιο διεξαγωγής της, τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα μέσω του ερωτηματολογίου, ώστε να ποσοτικοποιηθούν οι απόψεις των ερωτηθέντων.

Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία ήταν χωρισμένα σε τέσσερις θεματικές ενότητες, ώστε να μπορέσουν να μελετηθούν, να αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν αρχικά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων, στη συνέχεια τα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες και τα συμπτώματα του πρώιμου ψυχικού τραύματος, αλλά και να συλλεχθούν πληροφορίες σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη δείγματος.

Ειδικότερα, στο πρώτο μέρος δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, όπου ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το φύλο τους, την ηλικία τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, αν εργάζονται, την οικογενειακή τους κατάσταση, την ύπαρξη ή όχι παιδιών, πού διαμένουν, την εθνικότητά τους και τέλος χρονικό διάστημα από όταν αποφυλακίστηκαν.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Νοσοκομειακής Μέτρησης Άγχους και Κατάθλιψης (HADS), ώστε να εκτιμηθούν και να γίνουν μετρήσεις τόσο των επιπέδων άγχους όσο και της κατάθλιψης. Η Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS) αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983. Ο σκοπός της δημιουργίας της ήταν η προσφορά στους κλινικούς ιατρούς ενός πρακτικού, εύχρηστου και αξιόπιστου εργαλείου για την αναγνώριση του άγχους και της κατάθλιψης. Ο ρόλος της κλίμακας είναι περισσότερο ανιχνευτικός παρά διαγνωστικός. Θα ήταν καλύτερα να χρησιμοποιείται για την αναγνώριση των ασθενών του γενικού νοσοκομείου που απαιτούν πιο συστηματική ψυχιατρική εκτίμηση και φροντίδα (I. Michopoulos et al., 2007). Η κλίμακα αυτή αποτελείται συνολικά από 14 ερωτήματα (π.χ. «Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα», «Μπορώ να γελάω και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων», «Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου»), οι οποίες εκφράζονται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert από το (0) ως το (3) είτε ανάλογα με το πόσο συμφωνούν οι ερωτηθέντες με το περιεχόμενο κάθε πρότασης, είτε ανάλογα με το πόσο έντονα βιώνουν το περιεχόμενο κάθε πρότασης. Επτά ερωτήματα αφορούν τα αισθήματα άγχους, ενώ επτά ακόμα ερωτήματα αφορούν αισθήματα κατάθλιψης.

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Μέτρησης Μετατραυματικού Στρες (PTSD Checklist-Civilian version [PCL-C]), ώστε να ποσοτικοποιηθούν τα συμπτώματα Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Weathers et al., 1994). Η εν λόγω κλίμακα αποτελείται από 17 ερωτήματα που εξετάζουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με γενικές αγχωτικές εμπειρίες (π.χ. «Νιώθετε συναισθηματικό μούδιασμα ή νιώθετε αδύναμος/η να έχετε συναισθήματα αγάπης για τους κοντινούς σας ανθρώπους;», «Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που σας άρεσαν, σας ευχαριστούσαν ή που απολαμβάνατε στο παρελθόν;», «Αποφεύγετε να συμμετέχετε σε δραστηριότητες ή να βρεθείτε σε καταστάσεις που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;») οι οποίες εμφανίζονται στην πενταβάθμια κλίμακα Likert από το (1) ως το (5) ανάλογα με το πόσο συμφωνούν οι ερωτηθέντες με το περιεχόμενο κάθε πρότασης και άρα με το πόσο τους έχει ενοχλήσει το πρόβλημά τους στη διάρκεια του τελευταίου μήνα ((1): Καθόλου, (5): Πάρα Πολύ).

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η σύντομη μορφή της κλίμακας αυτοαναφοράς του πρώιμου Τραύματος (Early Trauma Inventory

– Self-Report – ShortForm [ETI-SR-SF]), ώστε να γίνει εκτίμηση των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας των ερωτηθέντων που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη ζωή τους ως ενήλικες, μέσα από 27 ερωτήσεις (π.χ. «Υπήρξατε ποτέ μάρτυρας βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους συμπεριλαμβανομένων και των μελών της οικογενείας σας;», «Σας έχουν ποτέ χτυπήσει εκσφενδονίζοντας κατά πάνω σας ένα αντικείμενο;», «Οι γονείς σας ή τα άτομα που είχαν τη φροντίδα σας όταν ήσαστε παιδί δεν κατάφερναν συχνά να σας καταλάβουν ή να αντιληφθούν τις ανάγκες σας;»). Οι εν λόγω ερωτήσεις είχαν ως πιθανές απαντήσεις το «Ναι» ή το «Όχι», ενώ στις περιπτώσεις που η απάντηση ήταν «Ναι» κλήθηκαν να δηλώσουν και πόσο συχνά είχαν την συγκεκριμένη εμπειρία, μέσω της τριτοβάθμιας κλίμακας Likert από το (1) ως το (3) ανάλογα με την συχνότητα της εμπειρίας ((1): Μία ή δύο φορές, (2): Μερικές φορές, (3): Συχνά). Η εν λόγω κλίμακα, χωρίζεται σε τέσσερα μέρη/υποκλίμακες ανάλογα με το περιεχόμενο που αντιπροσωπεύει η κάθε μία, κι επομένως αξιολογεί 4 διαστάσεις του πρώιμου τραύματος (Γενικό τραύμα, Συναισθηματική κακοποίηση, Σωματική κακοποίηση, Σεξουαλική κακοποίηση). Το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς του πρώιμου τραύματος (Early Trauma Inventory-Self-Report-Short- Form, ETI-SR-SF) δημιουργήθηκε από τους Bremner, Bolus και Mayer το 2007 και αποτελεί ένα έγκυρο ψυχομετρικό εργαλείο για την εκτίμηση του παιδικού τραύματος.

Μεθοδολογία

Αναφορικά με τη στατιστική μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, αρχικά πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι κανονικότητας της κατανομής των επτά παραγόντων του δείγματος (Κατάθλιψη, Άγχος, Μετατραυματικό Στρες, Γενικό τραύμα, Σωματική κακοποίηση, Συναισθηματική κακοποίηση, Σεξουαλική κακοποίηση), μέσω του κριτηρίου Kolmogorov Smirnov. Ο έλεγχος αυτός υποδεικνύει τις μεθόδους και τα κριτήρια τα οποία θα χρησιμοποιηθούν στη συνέχεια για την επεξεργασία των δεδομένων.

Στη συνέχεια, δεδομένου ότι σκοπός της έρευνας είναι να εξεταστεί η επίδραση του ψυχικού τραύματος και του μετατραυματικού στρες στην επανένταξη των αποφυλακισμένων, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις των μέσων όρων των επιπέδων ψυχικού τραύματος και του μετατραυματικού στρες του δείγματος ως προς τις κλάσεις τόσο των δεικτών επανένταξης (οικογενειακή κατάσταση, διαμονή, εργασιακή κατάσταση) αλλά και των υπόλοιπων δημογραφικών μεταβλητών (εθνικότητα, φύλο, μορφωτικό επίπεδο), όπου ουσιαστικά ελέγχθηκε αν οι μέσες τιμές

δύο ή περισσότερων πληθυσμών των υπό μελέτη ποσοτικών μεταβλητών ήταν ίσες ή διέφεραν. Για αυτό το λόγο εξήχθησαν οι μέσοι όροι για κάθε μια ομάδα των μεταβλητών επανένταξης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και στη συνέχεια εφαρμόστηκαν κριτήρια ελέγχου μέσων τιμών για ανεξάρτητα δείγματα. Ειδικότερα, οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με την επιλογή μη παραμετρικών κριτηρίων, δεδομένου ότι σε όλες τις περιπτώσεις, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, είχε απορριφθεί η υπόθεση κανονικότητας της κατανομής των παραγόντων, ενώ παράλληλα, το δείγμα που μελετάται είναι περιορισμένο, με συνέπεια οι κλάσεις των κατηγορικών μεταβλητών να έχουν λιγότερα από 25 άτομα, κι επομένως δεν μπορεί να παραλειφθεί η μη-κανονικότητα των δεδομένων. Άρα, οι αναλύσεις που επιλέχθηκαν για την εξαγωγή των εν λόγω συμπερασμάτων ήταν η σύγκριση των μέσων όρων δύο υποομάδων του ίδιου δείγματος μέσω του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann Whitney U (για τις μεταβλητές: εθνικότητα, φύλο, εργασιακή κατάσταση) και η σύγκριση των μέσων όρων τριών ή περισσότερων υποομάδων του ίδιου δείγματος μέσω του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis H (για τις μεταβλητές: οικογενειακή κατάσταση, διαμονή, μορφωτικό επίπεδο), τα οποία ουσιαστικά ελέγχουν αν οι μέσες τιμές των ποσοτικών μεταβλητών επηρεάζονται από τα επίπεδα των κατηγορικών μεταβλητών, δηλαδή των δεικτών επανένταξης και των δημογραφικών μεταβλητών.

Τέλος, μελετήθηκαν οι συνάφειες ανάμεσα στις υπό μελέτη ποσοτικές μεταβλητές (Κατάθλιψη, Άγχος, Μετατραυματικό Στρες, Γενικό τραύμα, Σωματική κακοποίηση, Συναισθηματική κακοποίηση, Σεξουαλική κακοποίηση) μέσω των συσχετίσεων Spearman, ενώ εφαρμόστηκε και ανάλυση παλινδρόμησης ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην στατιστική πρόβλεψη και ερμηνεία του μετατραυματικού στρες.

Για όλους τους ελέγχους επιλέχθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (significance level) 5%, ενώ η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v. 25.

Συμμετέχοντες – Περιγραφικά στατιστικά

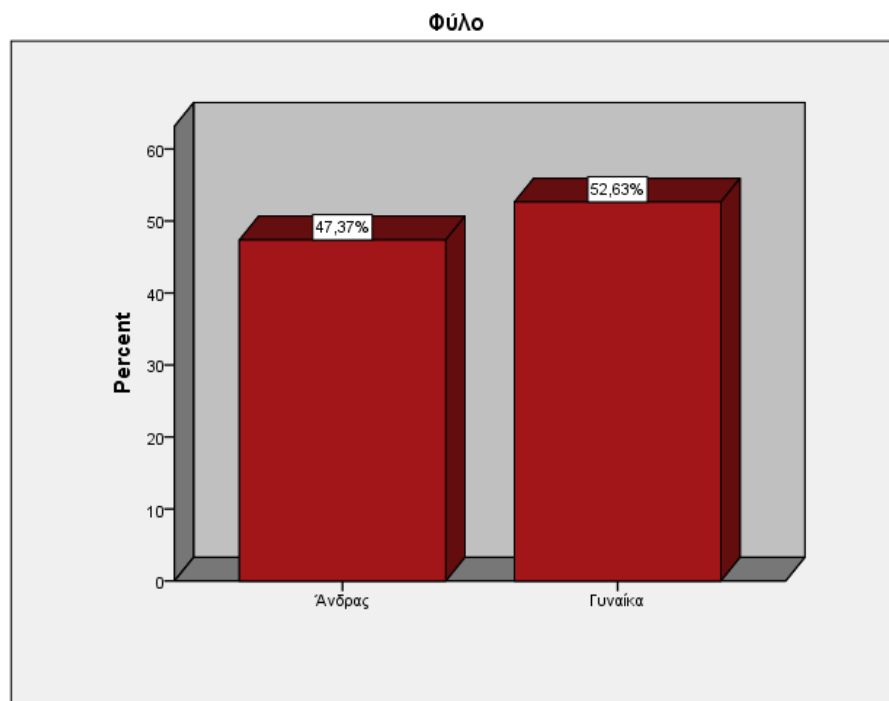
Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 38 ενήλικες αποφυλακισμένους άνδρες και γυναίκες, ωφελούμενοι του φορέα για την επανένταξη αποφυλακιζομένων

«ΕΠΙΛΕΞΗ Ν.Π.Ι.Δ», με μέση ηλικία τα 41 έτη (Μ.Ο: 40,71, Τ.Α: 9,87) και μέσο όρο 51 μήνες από την αποφυλάκισή τους (Μ.Ο: 51,44, Τ.Α: 53,54).Ειδικότερα το 74% του δείγματος είχε αποφυλακιστεί τουλάχιστον 7 μήνες από τη στιγμή που συμπλήρωσε τα σχετικά ερωτηματολόγια. Τέλος το δείγμα αποτελείται από 18 άνδρες (47,4%) και 20 γυναίκες (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Πίνακας συχνοτήτων ως προς το φύλλο

Φύλο	<i>f</i>	%
Άνδρας	18	47,40
Γυναίκα	20	52,60
Σύνολο	38	100,00



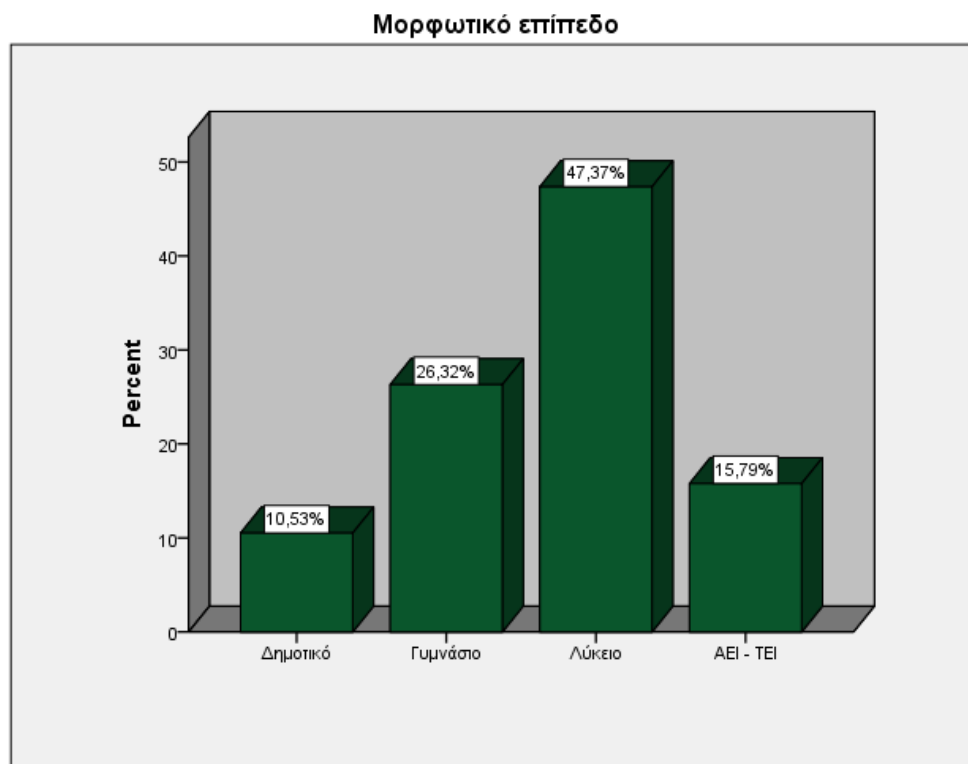
Σε ό,τι αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος το 47,4% είχε

ολοκληρώσει το Λύκειο, το 26,3% το Γυμνάσιο, το 15,8% είχε ολοκληρώσει σπουδές στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση ενώ μόλις 4 άτομα (10,5%) είχαν τελειώσει το Δημοτικό (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Πίνακας συχνοτήτων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Μόρφωση	<i>f</i>	%
Δημοτικό	4	10,50
Γυμνάσιο	10	26,30
Λύκειο	18	47,40
ΑΕΙ - ΤΕΙ	6	15,80
Σύνολο	38	100,00



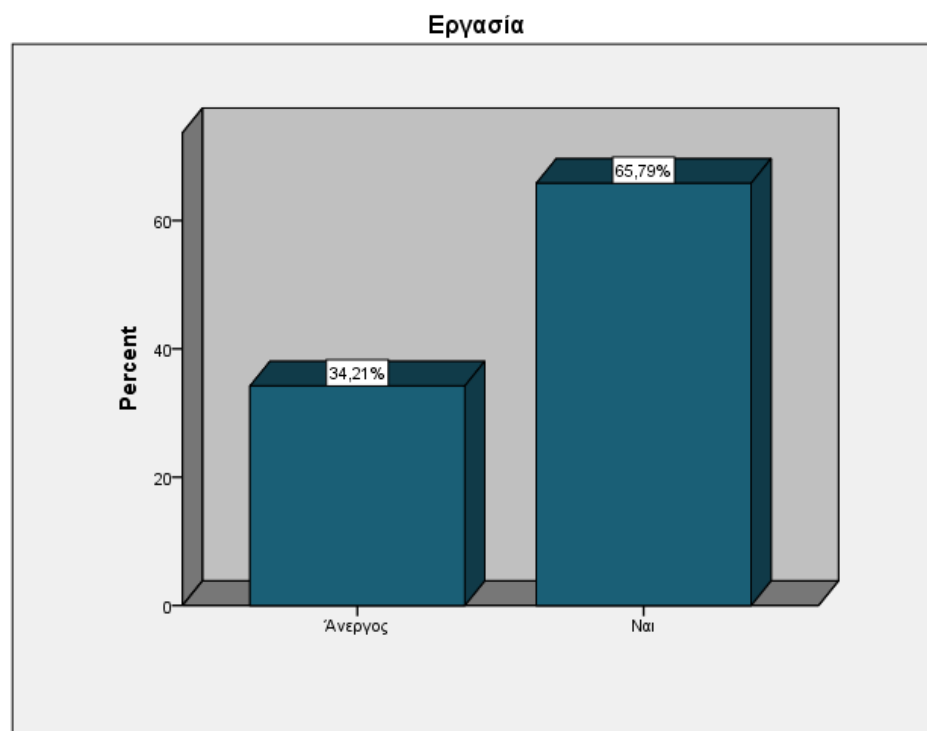
Παράλληλα, αναφορικά με την απασχόληση των ερωτηθέντων, 25 άτομα είχαν δουλειά

(65,8%), ενώ το υπόλοιπο 34,2% ήταν άνεργοι (Πίνακας 3).

Πίνακας 3

Πίνακας συχνότητων ως προς την εργασία

Εργασία	F	%
Άνεργος	13	34,20
Ναι	25	65,80
Σύνολο	38	100,00

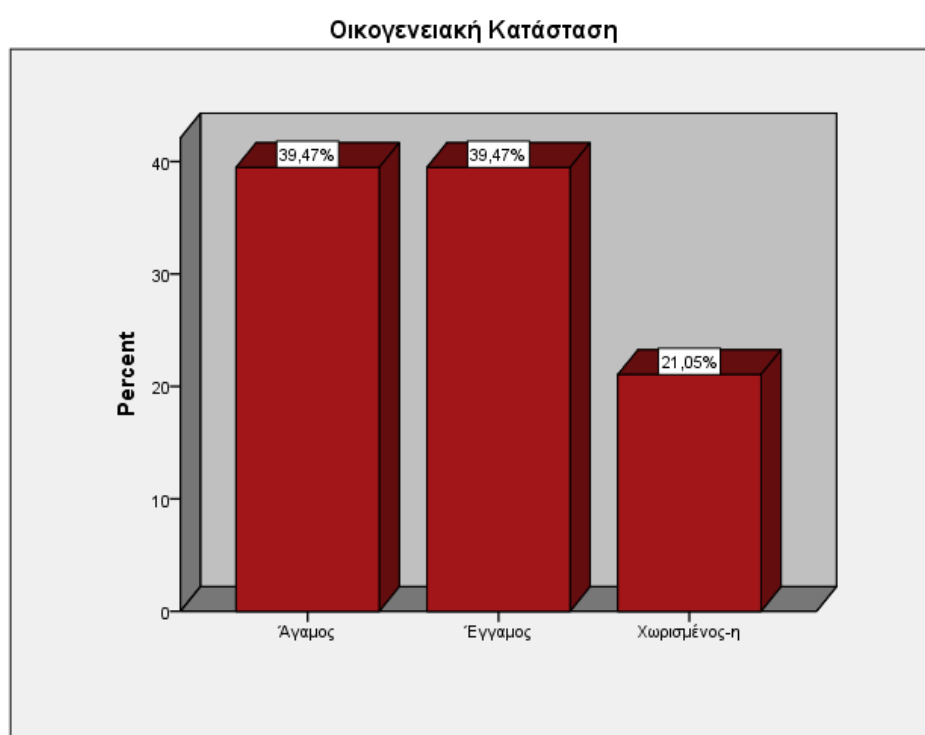


Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος (Πίνακας 4), υπήρξε ίση αναλογία έγγαμων και άγαμων ερωτηθέντων (39,5%), ενώ 8 άτομα ήταν χωρισμένοι (21,1%).

Πίνακας 4

Πίνακας συχνοτήτων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή Κατάσταση	F	%
Άγαμος	15	39,50
Έγγαμος	15	39,50
Χωρισμένος-η	8	21,10
Σύνολο	38	100,00

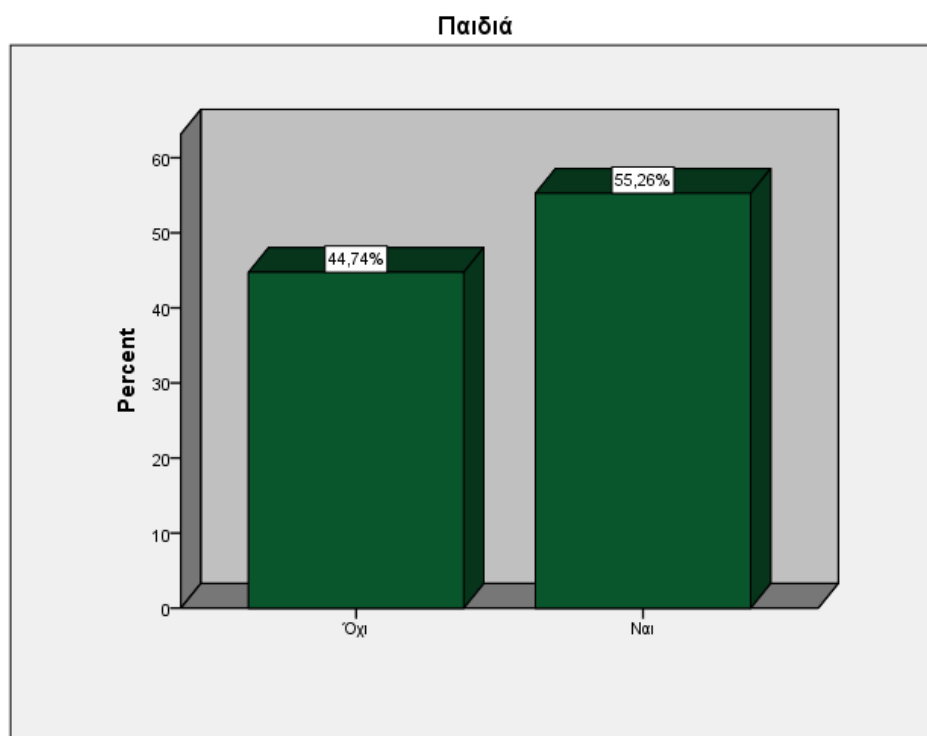


Παράλληλα, το 55,3% των ερωτηθέντων είχε παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 44,7% όχι (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Πίνακας συχνοτήτων ως προς την ύπαρξη παιδιών

Παιδιά	F	%
Όχι	17	44,70
Ναι	21	55,30
Σύνολο	38	100,00

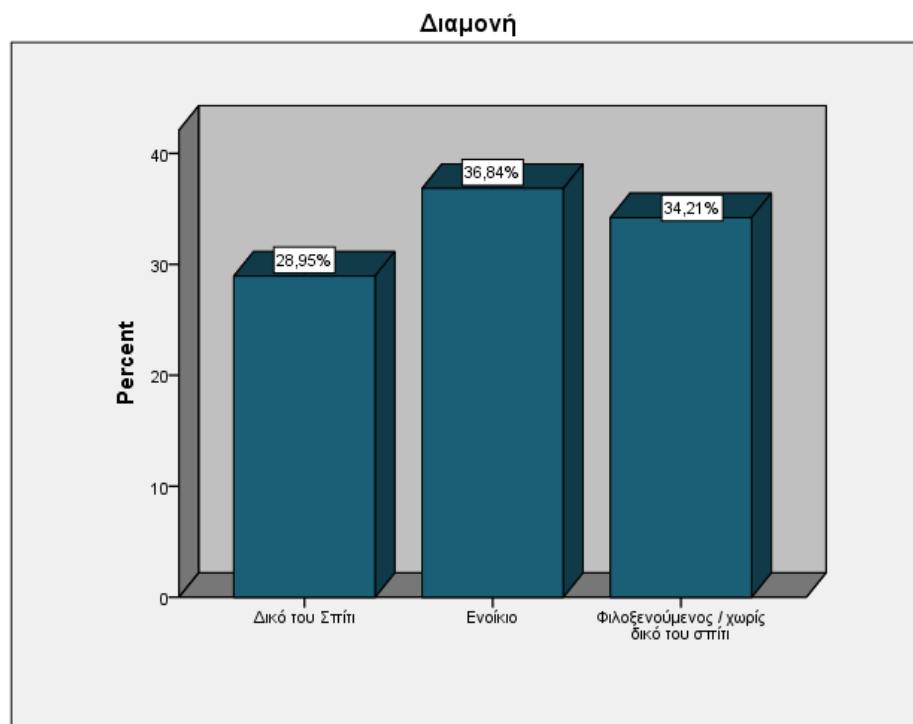


Ο Πίνακας 6 δίνει πληροφορίες σχετικά με την διαμονή των ατόμων του δείγματος, όπου παρατηρήθηκε πως το 36,8% νοικιάζει σπίτι, 13 άτομα δεν έχουν δική τους στέγη και φιλοξενούνται, ενώ 11 άτομα έχουν δικό τους σπίτι.

Πίνακας 6

Πίνακας συχνοτήτων ως προς την διαμονή

Διαμονή	F	%
Δικό του Σπίτι	11	28,90
Ενοίκιο	14	36,80
Χωρίς δική του στέγη / Φιλοξενούμενος	13	34,30
Σύνολο	38	100,00

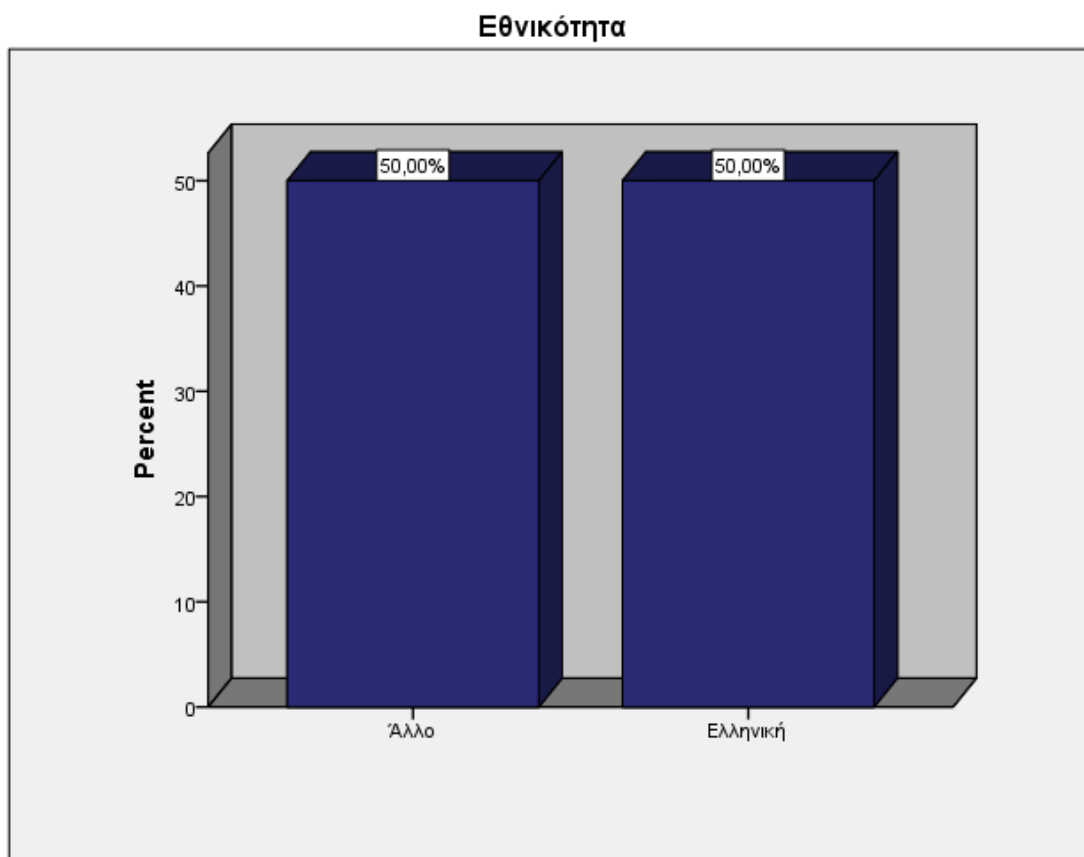


Τέλος, οι μισοί ερωτηθέντες ήταν Έλληνες, ενώ οι υπόλοιποι είχαν διαφορετική εθνικότητα (Συρία, Ρωσία, Ρουμανία, Αλβανία, Πολωνία, Μπαγκλαντές, Ιταλία, Κουρδιστάν).

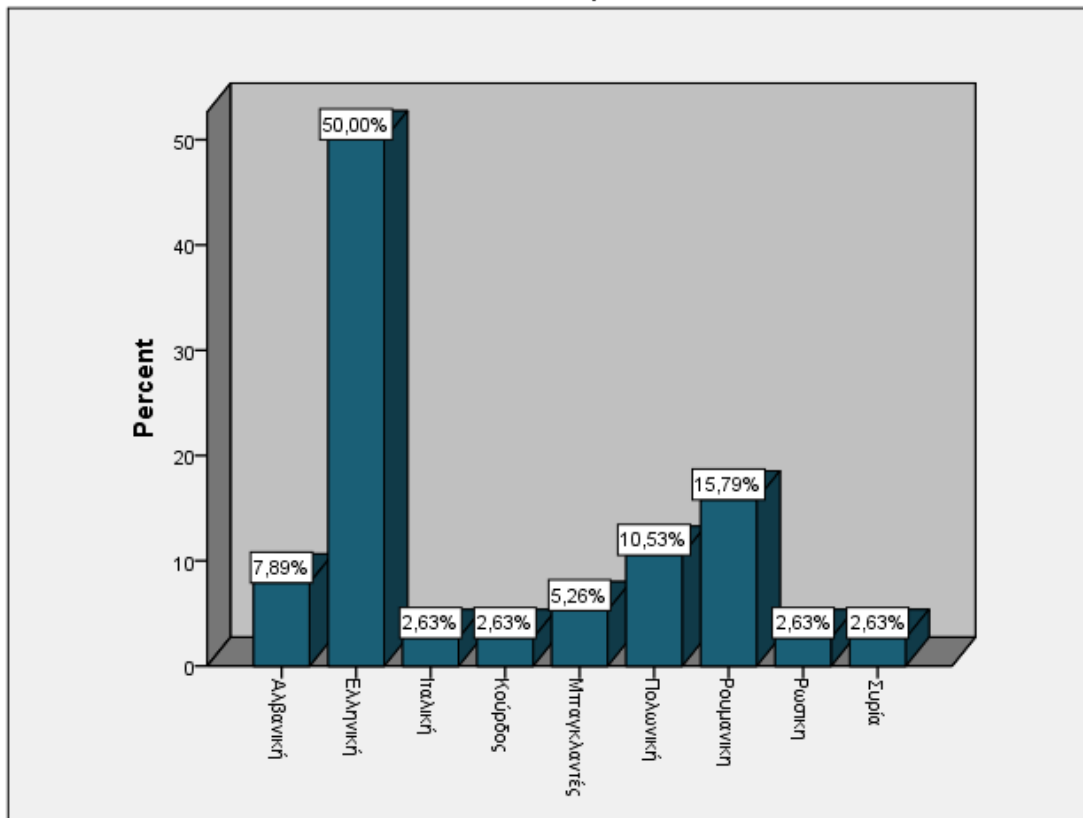
Πίνακας 7

Πίνακας συχνοτήτων ως προς την εθνικότητα

Εθνικότητα	F	%
Άλλο	19	50,00
Ελληνική	19	50,00
Σύνολο	38	100,00



Εθνικότητα



Ανάλυση Αξιοπιστίας

Κρίνεται αναγκαίο να ελεγχθεί η αξιοπιστία κάθε κλίμακας του ερωτηματολογίου, όπως και των υποκλιμάκων τους, γι' αυτό τον λόγο θα υπολογιστεί ο δείκτης *Cronbach alpha* (α). Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση αξιοπιστίας που πραγματοποιήθηκε στις τρεις υπό μελέτη κλίμακες. Όλες οι κλίμακες και υποκλίμακές τους βρέθηκαν να χαρακτηρίζονται από υψηλή αξιοπιστία, δεδομένου ότι ο συντελεστής αξιοπιστίας *Cronbach alpha* βρέθηκε να κυμαίνεται από 0,72 έως 0,93. Τέλος, σε όλες τις περιπτώσεις διαγραφή ερωτημάτων από τις κλίμακες δεν οδήγησε σε σημαντική βελτίωση του συντελεστή.

Πίνακας 8

Ανάλυση αξιοπιστίας για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου

Κλίμακα	Cronbachalpha	Πλήθος ερωτήσεων
HADS	,92	14
Άγχος	,88	7
Κατάθλιψη	,85	7
PCL-C	,86	17
ETI-SR-SF	,92	27
Γενικό τραύμα	,72	11
Συναισθηματική κακοποίηση	,80	5
Σωματική κακοποίηση	,85	5
Σεξουαλική κακοποίηση	,93	6

Περιγραφικά στατιστικά παραγόντων & συνάφειες

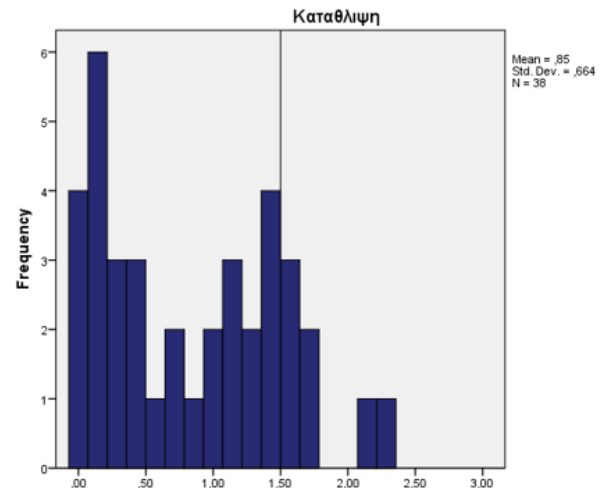
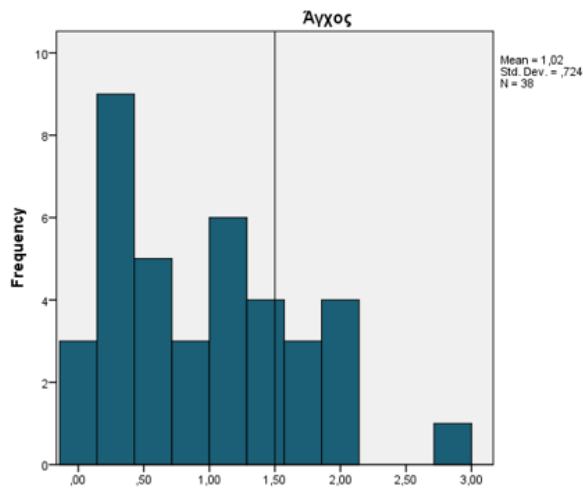
Σε αυτή την υποενότητα θα μελετηθούν και θα παρουσιαστούν κάποια περιγραφικά μέτρα για τους υπό μελέτη παράγοντες που προέκυψαν από τις κλίμακες του ερωτηματολογίου, δηλαδή του άγχους, της κατάθλιψης, της διαταραχής μετατραυματικού στρες και των τεσσάρων διαστάσεων του πρώιμου ψυχικού τραύματος.

Πίνακας 9

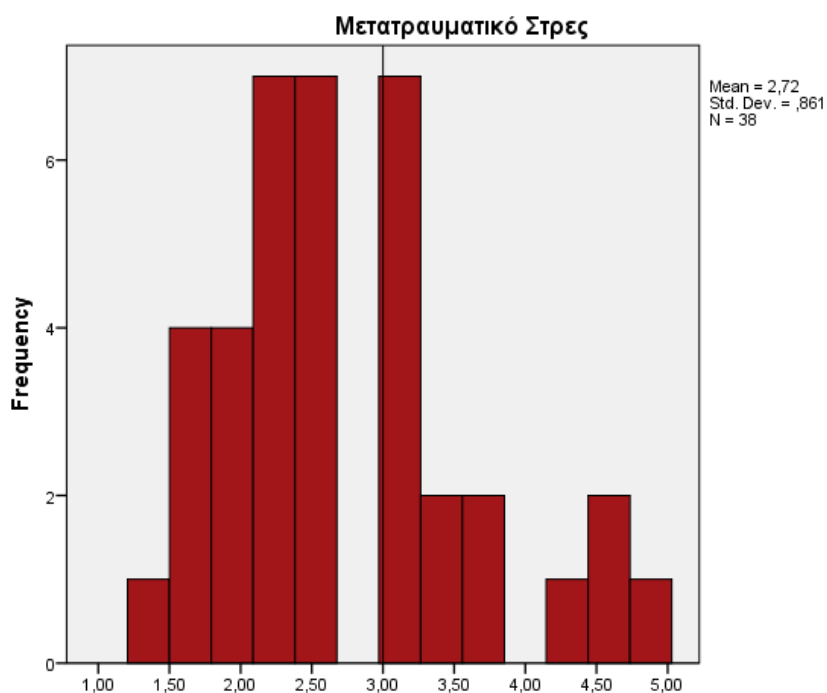
Περιγραφικά στατιστικά των υπό μελέτη παραγόντων, στο σύνολο του δείγματος (N = 38)

	Min	Max	M.O.	T.A.
Κατάθλιψη	0,00	2,29	0,84	0,66
Άγχος	0,00	2,86	1,02	0,72
Μετατραυματικό Στρες	1,35	4,88	2,71	0,86
Γενικό τραύμα	0,00	0,82	0,35	0,24
Συναισθηματική κακοποίηση	0,00	1,00	0,45	0,34
Σωματική κακοποίηση	0,00	1,00	0,56	0,39
Σεξουαλική κακοποίηση	0,00	1,00	0,31	0,40

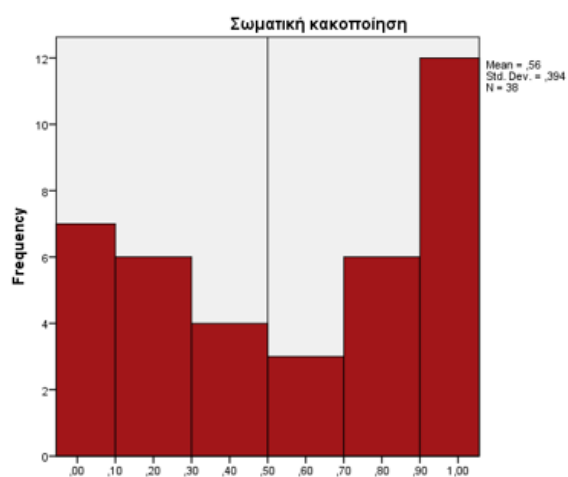
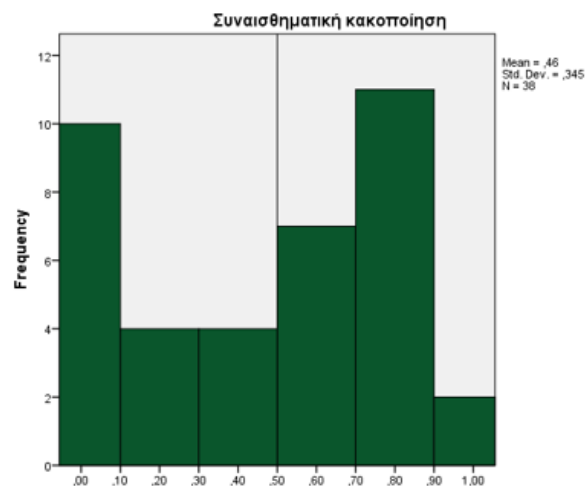
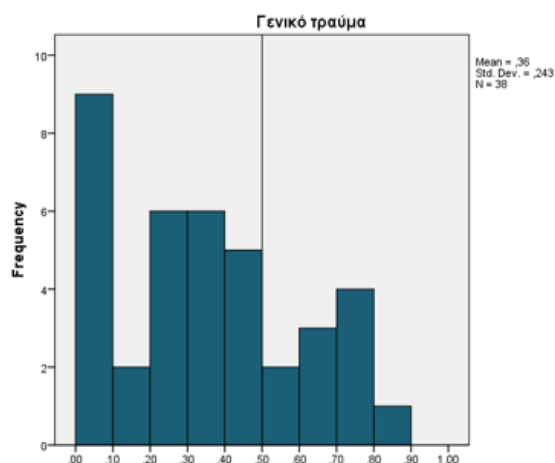
Ειδικότερα, στον Πίνακα 9, παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά για το σύνολο του δείγματος. Παρατηρείται πως οι μέσοι όροι των παραγόντων άγχους και κατάθλιψης κυμαίνονται κοντά στο 1 και κάτω από την κεντρική τιμή (1,5), το οποίο υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν υψηλές βαθμολογίες στους εν λόγω παράγοντες κι επομένως δεν έχουν την τάση να βιώνουν έντονα αισθήματα άγχους ή κατάθλιψης.



Αναφορικά με το μετατραυματικό στρες, μελετώντας το δείγμα, παρατηρήθηκε ότι το 60% των ερωτηθέντων σημειώνουν βαθμολογία κάτω από την κεντρική τιμή (3), ενώ η μέση τιμή εκτιμήθηκε 2,72, επομένως τα άτομα τείνουν να ενοχλούνται και να αναστατώνονται σε μέτριο βαθμό από την τραυματική τους εμπειρία και το τραυματικό γεγονός της φυλακής, στη διάρκεια του τελευταίου μήνα.



Παράλληλα, σε ό,τι αφορά την εκτίμηση των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας και τον αντίκτυπο τους στη ζωή ως ενήλικες, οι βαθμολογίες του δείγματος είναι μέτριες με τον μέσο όρο να κυμαίνεται κοντά στο 0,5 και στις τέσσερις διαστάσεις, με την συναισθηματική και την σωματική κακοποίηση να είναι πιο έντονες συγκριτικά με τις τιμές γενικού τραύματος και σεξουαλικής κακοποίησης. Μάλιστα το 56% των ερωτηθέντων σημείωσε υψηλότερες βαθμολογίες – μεγαλύτερες από 0,5 - στον παράγοντα σωματικής κακοποίησης, το οποίο σημαίνει πως η πλειονότητα φέρει τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία πριν από την ηλικία των 18 ετών.



Επιπλέον, στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στους υπό μελέτη παράγοντες, μέσω του ελέγχου συσχέτισης του Spearman, ο οποίος θα υποδείξει τον βαθμό στον οποίο σχετίζονται οι εν λόγω μεταβλητές.

Πίνακας 10

Συσχετίσεις Spearman ανάμεσα στις υπό μελέτη μεταβλητές

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Κατάθλιψη	1							
2. Άγχος	0,84**	1						
3. Μετατραυματικό Στρες	0,46**	0,52**	1					
4. Γενικό τραύμα	0,47**	0,39*	0,37*	1				
5. Συναισθηματική κακοποίηση	0,42**	0,25	0,18	0,61**	1			
6. Σωματική κακοποίηση	0,30	0,19	0,10	0,60**	0,74**	1		
7. Σεξουαλική κακοποίηση	0,38**	0,18	0,02	0,35**	0,47**	0,57**	1	
8. Χρόνος αποφυλάκισης	-0,27	-0,19	-0,25	-0,24	-0,11	-0,07	-0,07	1

Σημείωση: * $p < ,05$, ** $p < ,01$

Πιο συγκεκριμένα, το μετατραυματικό στρες φάνηκε πως καθορίζει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, αλλά και να επηρεάζεται από τα επίπεδα τραυματικών εμπειριών ποικίλης αιτιολογίας πριν από την ηλικία των 18 ετών (Γενικό τραύμα), αφού βρέθηκαν θετικές και μεσαίες προς ισχυρές συσχετίσεις Spearman ανάμεσα στις αντίστοιχες μεταβλητές, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% (από 0,39 έως 0,84). Επομένως, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία του ατόμου στο μετατραυματικό στρες, τόσο πιο έντονα τείνει να νιώθει άγχος και κατάθλιψη, αλλά και τόσο πιο πιθανό είναι να έχει υψηλή βαθμολογία γενικού τραύματος.

Το γενικό τραύμα βρέθηκε επίσης να επηρεάζει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με θετικές και μεσαίας ισχύος συσχετίσεις. Επιπλέον, τα επίπεδα συναισθηματικής και

σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την ηλικία των 18 ετών σχετίζονται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη με μεσαίας ισχύος και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Η σωματική κακοποίηση πριν από την ηλικία των 18 ετών δεν βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το άγχος, την κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες. Τέλος, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο χρονικό διάστημα της αποφυλάκισης με τους υπό μελέτη παράγοντες.

Συγκρίσεις Μέσων Όρων

Παρατηρήθηκε πως σε όλες τις περιπτώσεις, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, απορρίφθηκε η υπόθεση κανονικότητας της κατανομής των παραγόντων. Παράλληλα, βέβαια, το δείγμα που μελετάται είναι περιορισμένο, με συνέπεια οι κλάσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος να έχουν λιγότερα από 25 άτομα, επομένως δεν μπορεί να παραλειφθεί η μη-κανονικότητα των δεδομένων. Άρα, στη συνέχεια θα εφαρμοστούν τα μη παραμετρικά κριτήρια KruskalWallis H και Mann Whitney U, τα οποία ελέγχουν αν οι μέσες τιμές μίας ποσοτικής μεταβλητής επηρεάζονται από τα επίπεδα μίας κατηγορικής μεταβλητής, ελέγχουν δηλαδή, αν οι μέσες τιμές διαφόρων πληθυσμών είναι ίσες (το KruskalWallisH για περισσότερους από δύο πληθυσμούς, το Mann Whitney U μεταξύ δύο πληθυσμών), ώστε να εξεταστεί αν οι μέσοι όροι των υπό μελέτη ποσοτικών μεταβλητών διαφέρουν ανάμεσα στις κλάσεις τόσο των δεικτών επανένταξης, όσο και των υπόλοιπων δημογραφικών μεταβλητών. Αξίζει να σημειωθεί πως δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των παραγόντων ανάμεσα στα δύο φύλα, την εργασία και την μόρφωση.

Συγκρίσεις ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Από τον πίνακα 11 διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των τεσσάρων διαστάσεων πρώιμου τραύματος, δηλαδή του γενικού τραύματος ($X^2 (2, N = 38) = 6,50, p = ,039 < ,05$), συναισθηματικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 6,11, p = ,04 < ,05$), σωματικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 6,27, p = ,04 < ,05$) και σεξουαλικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 7,73, p = ,002 < ,01$) των ερωτηθέντων, ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης.

Πίνακας 11

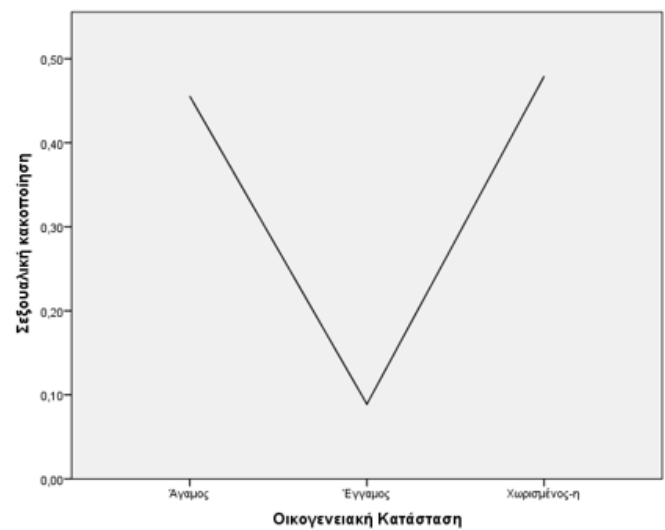
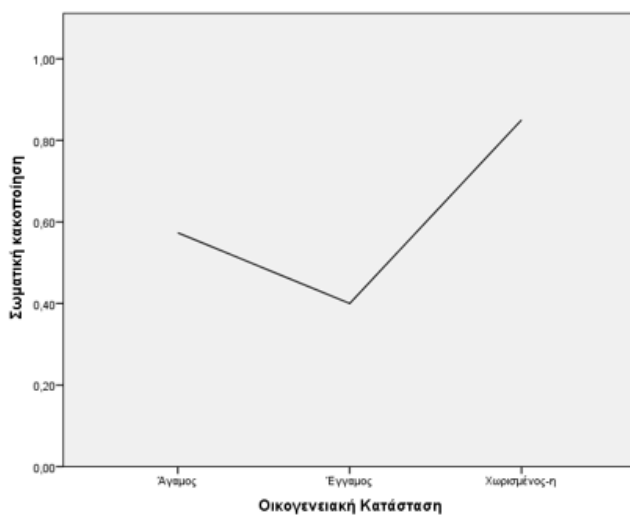
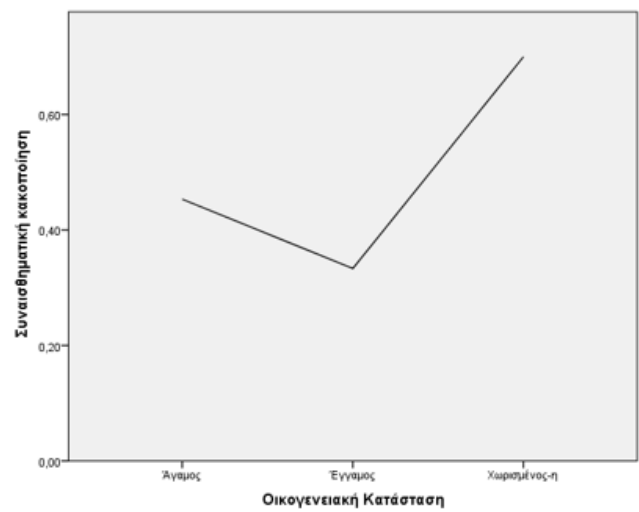
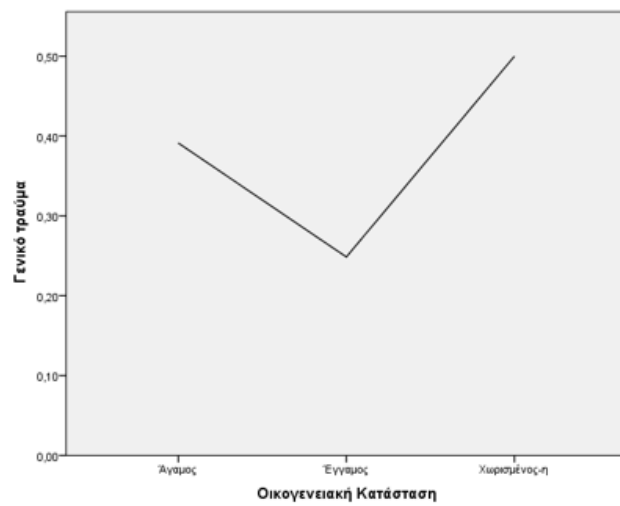
Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Kruskal Wallis (X^2) των διαστάσεων ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή Κατάσταση			X^2
	Άγαμος	Έγγαμος	Χωρισμένος - η	
	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	
Κατάθλιψη	0,90	0,74	0,56	0,66
Άγχος	1,04	1,00	1,04	0,09
Μετατραυματικό Στρες	2,92	2,75	2,29	2,47
Γενικό τραύμα	0,39	0,25	0,50	6,50*
Συναισθηματική κακοποίηση	0,45	0,33	0,70	6,11*
Σωματική κακοποίηση	0,57	0,40	0,85	6,27*
Σεξουαλική κακοποίηση	0,46	0,09	0,48	7,73**

Σημείωση: ** $p < ,01$, * $p < ,05$

Συγκεκριμένα, σε γενικές γραμμές και στις τέσσερις περιπτώσεις παρατηρείται ότι, κατά μέσο όρο, τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των έγγαμων αναμένεται να

έχουν μικρότερες βαθμολογίες γενικού τραύματος, συναισθηματικής κακοποίησης, σωματικής κακοποίησης και σεξουαλικής κακοποίησης, το οποίο σημαίνει πως οι έγγαμοι έχουν χαμηλότερα επίπεδα πρώιμου τραύματος.



Συγκρίσεις ως προς την διαμονή

Σε ό,τι αφορά την διαμονή των ερωτηθέντων, οι διαφορές μεταξύ των μέσων όρων στις τρεις ομάδες ήταν στατιστικώς σημαντικές τόσο για τον παράγοντα συναισθηματικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 6,89, p = ,032 < ,05$) όσο και για τον παράγοντα σεξουαλικής κακοποίησης ($X^2 (2, N = 38) = 7,53, p = ,023 < ,05$) (Πίνακας 12).

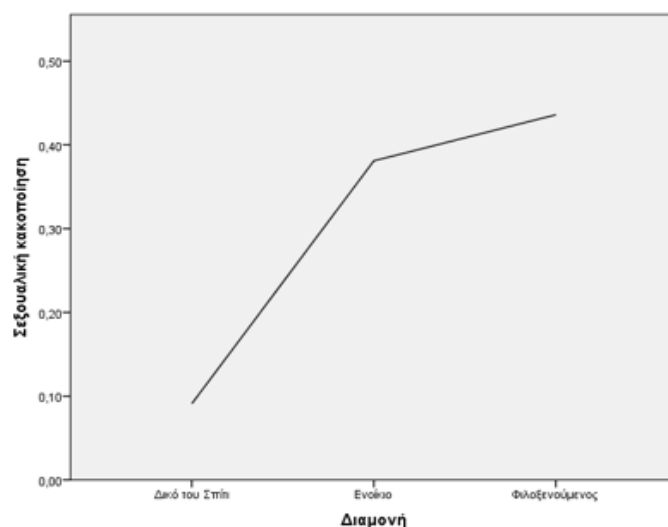
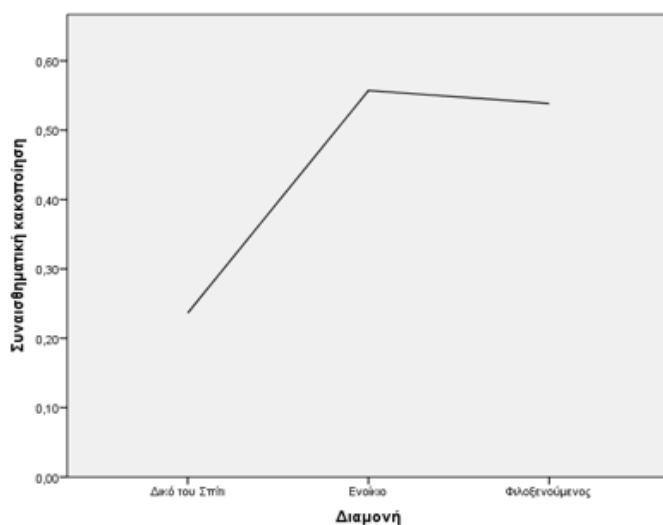
Πίνακας 12

Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Kruskal Wallis (X^2) των διαστάσεων ως προς την διαμονή

	Διαμονή			X^2
	Δικό του Σπίτι	Ενοίκιο	Φιλοξενούμενος	
	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	
Κατάθλιψη	0,53	0,94	1,01	3,58
Άγχος	0,73	1,23	1,04	2,89
Μετατραυματικό Στρες	2,52	2,86	2,72	1,72
Γενικό τραύμα	0,29	0,34	0,43	1,71
Σωματική κακοποίηση	0,38	0,67	0,60	4,18
Συναισθηματική κακοποίηση	0,24	0,56	0,54	6,89*
Σεξουαλική κακοποίηση	0,09	0,38	0,44	7,53*

Σημείωση: * $p < ,05$

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο τα άτομα που δεν έχουν κακοποιηθεί συναισθηματικά ($M.O. = 0,24$) ή σεξουαλικά ($M.O. = 0,09$) είναι πιο πιθανό να διαμένουν σε δικό τους σπίτι, σε σχέση με τα άτομα που νοικιάζουν ή φιλοξενούνται.



Συγκρίσεις ως προς την εθνικότητα

Σε ό,τι αφορά την εθνικότητα των ερωτηθέντων, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των ατόμων με ελληνική εθνικότητα και των ατόμων με διαφορετική εθνικότητα για τον παράγοντα της σωματικής κακοποίησης (Mann Whitney U = 108, $p = ,03 < ,05$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13

Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Mann Whitney U της σωματικής κακοποίησης ως προς την εθνικότητα

	Εθνικότητα		U
	Ελληνική	Άλλο	
	M.O.	M.O.	
Κατάθλιψη	1,00	0,69	128,50
Άγχος	1,11	0,94	152,50
Μετατραυματικό Στρες	2,89	2,55	141,00
Γενικό τραύμα	0,43	0,29	115,00
Σωματική κακοποίηση	0,72	0,41	108,00 *
Συναισθηματική κακοποίηση	0,56	0,36	126,50
Σεξουαλική κακοποίηση	0,38	0,25	150,50

Σημείωση: * $p < ,05$

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο τα άτομα με ελληνική εθνικότητα έχουν κακοποιηθεί σωματικά (M.O. = 0,72) σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με άτομα άλλης εθνικότητας (M.O. = 0,41).

Συγκρίσεις ως προς το φύλο

Αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων, ύστερα από χρήση του κριτηρίου Mann Whitney U, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα στα δύο φύλα (Πίνακας 14).

Πίνακας 14

Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Mann Whitney U των παραγόντων ως προς το φύλο

	Φύλο		U
	Άνδρας	Γυναίκα	
	M.O.	M.O.	
Κατάθλιψη	0,80	0,88	172,50
Άγχος	0,92	1,10	159,00
Μετατραυματικό Στρες	2,75	2,66	163,00
Γενικό τραύμα	0,43	0,29	112,00
Συναισθηματική κακοποίηση	0,47	0,44	173,00
Σωματική κακοποίηση	0,52	0,60	167,00
Σεξουαλική κακοποίηση	0,24	0,39	138,50

Σημείωση: * $p < ,05$

Συγκρίσεις ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, ύστερα από χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα στα τέσσερα επίπεδα μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 15).

Πίνακας 15

Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Kruskal Wallis (X^2) των διαστάσεων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

	Μορφωτικό Επίπεδο				X^2
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ - ΤΕΙ	
	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>	
Κατάθλιψη	1,00	0,94	0,84	0,60	0,91
Άγχος	0,86	0,94	1,21	0,69	2,56
Μετατραυματικό Στρες	2,60	2,85	2,83	2,24	2,79
Γενικό τραύμα	0,41	0,38	0,38	0,23	2,10
Σωματική κακοποίηση	0,50	0,56	0,46	0,27	3,24
Συναισθηματική κακοποίηση	0,60	0,62	0,57	0,43	1,02
Σεξουαλική κακοποίηση	0,42	0,43	0,28	0,17	1,23

Σημείωση: * $p < ,05$

Συγκρίσεις ως προς την εργασία

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση των ερωτηθέντων, ύστερα από χρήση του κριτηρίου Mann Whitney U, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα στα δύο επίπεδα εργασιακής κατάστασης (Πίνακας 16).

Πίνακας 16

Μέσοι όροι και τιμή κριτηρίου Mann Whitney U των παραγόντων ως προς την εργασιακή κατάσταση

	Εργασιακή Κατάσταση		U
	Ανεργος	Απασχολούμενος	
	M.O.	M.O.	
Κατάθλιψη	0,76	0,89	151,50
Άγχος	0,95	1,06	157,50
Μετατραυματικό Στρες	2,51	2,83	124,00
Γενικό τραύμα	0,39	0,34	145,50
Συναισθηματική κακοποίηση	0,35	0,51	122,00
Σωματική κακοποίηση	0,49	0,60	141,00
Σεξουαλική κακοποίηση	0,24	0,35	135,50

Σημείωση: * $p < ,05$

Ανάλυση παλινδρόμησης

Σε αυτή την ενότητα διερευνάται μέσω της μεθόδου της γραμμικής παλινδρόμησης, πόσο επιδρούν τα τέσσερα επίπεδα πρώιμου τραύματος, καθώς και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στο παρόν τραύμα. Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το μετατραυματικό στρες, όπου παρατηρήθηκε πως η μόνη μεταβλητή από την οποία βρέθηκε να εξαρτάται το μετατραυματικό στρες και προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ήταν το άγχος.

Πίνακας 17

Ανάλυση παλινδρόμησης: Συντελεστές παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη του μετατραυματικού στρες

Προβλεπτικοί Παράγοντες	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>p</i>	R^2	<i>F</i>	<i>P</i>
(Σταθερά)	1,99	0,27		0,04	0,33	2,55	0,00
Κατάθλιψη	0,11	0,41	0,08				0,79
Άγχος	0,46	0,34	0,38				0,01
Γενικό τραύμα	0,99	0,71	0,27				0,17
Συναισθηματική κακοποίηση	-0,02	0,61	-0,01				0,98
Σωματική κακοποίηση	-0,15	0,54	-0,07				0,77
Σεξουαλική κακοποίηση	-0,29	0,41	-0,14				0,48

Σημείωση: $F(6, 31) = 2,55, p = 0,04$

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως κανένας από τους τέσσερις παράγοντες πρώιμου τραύματος, ούτε η κατάθλιψη δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί στο μοντέλο, κι επομένως δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν το μετατραυματικό στρες. Παράλληλα, το άγχος βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το μετατραυματικό στρες, $B = 0,46, p < 0,05$. Επομένως, όσο αυξάνονται τα επίπεδα του άγχους, τόσο περισσότερο αναμένεται να είναι αυξημένα και τα επίπεδα μετατραυματικού στρες.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα μελετώνται αρχικά τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες και το πρώιμο ψυχικού τραύμα στους ενήλικες αποφυλακισμένους, άντρες και γυναίκες, ωφελούμενους του φορέα μετασωφρονίστικης μέριμνας του Υπουργείου Προστασίας του Πολίτη, «Επάνοδος» κατά την περίοδο της επανένταξης τους. Επιπλέον, ερευνώνται τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης και συλλέγονται πληροφορίες σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη δείγματος. Στην ελληνική βιβλιογραφία είναι ίσως η πρώτη μελέτη πρώιμου ψυχικού τραύματος και μετατραυματικού στρες που διενεργείται στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Όμως και στην ξένη βιβλιογραφία οι έρευνες που έχουν γίνει είναι πολύ λίγες καθώς εστιάζονται κυρίως στη μελέτη των εν λόγω παραγόντων στον πληθυσμό των κρατουμένων και όσον αφορά στους αποφυλακισμένους έχουν γίνει μελέτες κυρίως για τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά την περίοδο της επανένταξης τους.

Για να ελεγχθεί η αξιοπιστία κάθε κλίμακας του ερωτηματολογίου, όπως και των υποκλιμάκων τους, υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach alpha (α). Όλες οι κλίμακες και υποκλίμακες τους βρέθηκαν να χαρακτηρίζονται από υψηλή αξιοπιστία, δεδομένου ότι ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach alpha βρέθηκε να κυμαίνεται από 0,72 έως 0,93.

Αναφορικά με την κλίμακα Hads που μετράει το άγχος και την κατάθλιψη οι μέσοι όροι των παραγόντων άγχους και κατάθλιψης κυμαίνονται κοντά στο 1 και κάτω από την κεντρική τιμή (1,5), το οποίο υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν έχουν υψηλή βαθμολογία στους εν λόγω παράγοντες κι επομένως δεν έχουν την τάση να βιώνουν έντονα αισθήματα άγχους ή κατάθλιψης. Λαμβάνοντας υπ' όψιν πως ο μέσος όρος του χρονικού διαστήματος που είχε παρέλθει από την αποφυλάκιση των ερωτηθέντων είναι οι 51 μήνες (το 74% είχε αποφυλακιστεί από 7 μήνες και πάνω) το εύρημα επιβεβαιώνεται βιβλιογραφικά και σύμφωνα με άλλες έρευνες προκύπτει πως κατά μέσο όρο τα επίπεδα του άγχους των αποφυλακισμένων είναι χαμηλά την περίοδο που ακολουθεί την απελευθέρωση (1-4 μήνες) σε αντίθεση με τα πολύ υψηλά επίπεδα άγχους το χρονικό διάστημα ακριβώς πριν την αποφυλάκιση (1-4 εβδομάδες), όπου ο κρατούμενος δεν ξέρει τι θα αντιμετωπίσει με την επάνοδο του στην ελεύθερη κοινωνία (Graffam&Shinkfield,2006). Αντίστοιχα, τη συγκεκριμένη περίοδο (1-4 εβδομάδες

πριν την αποφυλάκιση) πολύ υψηλό ήταν και το ποσοστό της κατάθλιψης καθώς αντίστοιχες μελέτες που έχουν γίνει σε κρατούμενους έχουν δείξει πως ποσοστό μεγαλύτερο του 90% εμφανίζει ακραίο άγχος, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και ψυχικές παθήσεις που προκαλούνται από το περιβάλλον της φυλακής (Singleton et al. 1998; Mental Health Foundation 1999; WHO,2009). Τον πρώτο μήνα μετά την αποφυλάκιση τα επίπεδα της κατάθλιψης μειώθηκαν για να αυξηθούν πάλι 3 έως 4 μήνες μετά την αποφυλάκιση (Graffam & Shinkfield,2006), υποδηλώνοντας, όπως φαίνεται από την παρούσα έρευνα πως η ψυχολογική προσαρμογή κατά την επανένταξη είναι μια διαδικασία κυμαινόμενη και μακροπρόθεσμη, αφού από τους 7 μήνες και έπειτα από την αποφυλάκιση τα επίπεδα της κατάθλιψης μειώνονται.

Αναφορικά με το μετατραυματικό στρες, μελετώντας το δείγμα, παρατηρήθηκε ότι το 60% των ερωτηθέντων σημειώνουν βαθμολογία κάτω από την κεντρική τιμή (3), ενώ η μέση τιμή εκτιμήθηκε 2,72, επομένως τα άτομα τείνουν να ενοχλούνται και να αναστατώνονται σε μέτριο βαθμό από την τραυματική τους εμπειρία και το τραυματικό γεγονός της φυλακής, στη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Θα αναμενόταν οι ερωτηθέντες να σημειώσουν μεγαλύτερο ποσοστό ενόχλησης και αναστάτωσης από την τραυματική τους εμπειρία καθώς βιβλιογραφικά, στις λίγες έρευνες που υπάρχουν μέχρι τώρα η διαταραχή μετατραυματικού στρες στους αποφυλακισμένους εμφανίζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% (New Medical Life Sciences,2019), ωστόσο και εδώ το χαμηλό ποσοστό εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες ίσως οφείλεται στο χρονικό διάστημα από την αποφυλάκιση το οποίο στο μεγαλύτερο ποσοστό των αποφυλακισμένων (74%) είναι μεγαλύτερο από 7 μήνες και η διάγνωση για μετατραυματική διαταραχή μπορεί να τεθεί αν τα συμπτώματα εκδηλώνονται μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το γεγονός τουλάχιστον όσο αφορά στη διάγνωση οξέος στρες (Breslau et al. 1998; Kessler et al. 1998).

Παράλληλα, σε ό,τι αφορά στην εκτίμηση των αρνητικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας και τον αντίκτυπο τους στη ζωή ως ενήλικες, οι βαθμολογίες του δείγματος είναι μέτρια με τον μέσο όρο να κυμαίνεται κοντά στο 0,5 και στις τέσσερις διαστάσεις, με την συναισθηματική και την σωματική κακοποίηση να είναι πιο έντονες συγκριτικά με τις τιμές γενικού τραύματος και σεξουαλικής κακοποίησης. Μάλιστα το 56% των ερωτηθέντων σημείωσε υψηλότερες βαθμολογίες – μεγαλύτερα από 0,5 - στον παράγοντα σωματικής κακοποίησης, το οποίο σημαίνει πως η πλειονότητα φέρει τραυματικές εμπειρίες από σωματική τιμωρία πριν από την ηλικία των 18 ετών.

Αντίστοιχα ευρήματα παρουσίασε και η έρευνα της Πρέκκα (2017) που μελέτησε το ψυχικό τραύμα στους νεαρούς ενήλικες. Εκτός από την αναμενόμενη συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ παιδικού τραύματος λόγω σεξουαλικής κακοποίησης και σεξουαλικών προβλημάτων κατά την ενήλικη ζωή, βρέθηκαν επίσης και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις και με άλλους τύπους παιδικών τραυμάτων, όπως για παράδειγμα η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση (Πρέκκα,2017).

Το μετατραυματικό στρες φάνηκε πως καθορίζει τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, αλλά και να επηρεάζεται από τα επίπεδα τραυματικών εμπειριών ποικίλης αιτιολογίας πριν από την ηλικία των 18 ετών (Γενικό τραύμα), αφού βρέθηκαν θετικές και μεσαίες προς ισχυρές συσχετίσεις Spearman ανάμεσα στις αντίστοιχες μεταβλητές, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% (από 0,39 έως 0,84). Επομένως, όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία του ατόμου στο μετατραυματικό στρες, τόσο πιο έντονα τείνει να νιώθει άγχος και κατάθλιψη, αλλά και τόσο πιο πιθανό είναι να έχει υψηλή βαθμολογία γενικού τραύματος. Βιβλιογραφικά το άγχος συνδέεται στενά με την ύπαρξη ψυχικού τραύματος. Άτομα που έχουν υποστεί παιδικό τραύμα έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές άγχους αλλά και άλλα προβλήματα, όπως το σύνδρομο χρόνιου πόνου και νοσήματα της καρδιάς (Heim, 2009). Επίσης, Το παιδικό ψυχικό τραύμα αναγνωρίζεται ως ένας από τους παράγοντες κλειδιά για την ανάπτυξη κατάθλιψης τόσο κατά τη διάρκεια τη παιδικής ηλικίας (Calam et al., 1998) όσο και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής (Bifulco & Moran, 1998 ;Gladstone et al., 2004)

Το γενικό τραύμα βρέθηκε επίσης να επηρεάζει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης με θετικές και μεσαίας ισχύος συσχετίσεις. Επιπλέον, τα επίπεδα συναισθηματικής και σεξουαλικής κακοποίησης πριν από την ηλικία των 18 ετών σχετίζονται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη με μεσαίας ισχύος και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Πολλαπλές μελέτες δείχνουν πως τραύματα που σχετίζονται με κακοποίηση ή/και παραμέληση κατά την παιδική ηλικία αποτελούν παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων. Άμεσες συναισθηματικές επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να είναι η απομόνωση του παιδιού, ο φόβος, η αίσθηση αδυναμίας ελέγχου, η απώλεια του αισθήματος εμπιστοσύνης. Επίσης, παρατηρούνται διαταραχές διάθεσης, με κυρίαρχα συμπτώματα αυτά της κατάθλιψης και της απόσυρσης (Μπούρας & Λαζαράτου,2012). Τέλος, η σωματική κακοποίηση πριν από την ηλικία των 18 ετών δεν βρέθηκε να έχει

στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το άγχος, την κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των προαναφερθεισών μελετών.

Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των έγγαμων αναμένεται να έχουν μικρότερες βαθμολογίες γενικού τραύματος, συναισθηματικής κακοποίησης, σωματικής κακοποίησης και σεξουαλικής κακοποίησης, το οποίο σημαίνει πως οι έγγαμοι έχουν χαμηλότερα επίπεδα πρώιμου τραύματος. Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με το γεγονός πως ο γάμος υποδεικνύει ικανότητα διατήρησης μιας σταθερής σχέσης, επομένως λιγότερες δυσκολίες προσκόλλησης, οι οποίες σχέσεις βρίσκονται στην καρδιά του χρόνιου και διάχυτου τραύματος που έχει λάβει χώρα κυρίως στη παιδική ηλικία (Pearlman & Saakvitne, 1995). Επιπλέον, στους έγγαμους δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η ύπαρξη ενός καλού υποστηρικτικού πλαισίου κατά τη διάρκεια της επανένταξης είναι ένα πολύ σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην επιτυχία της και βοηθά στην αντιμετώπιση αρνητικών ψυχοσυναισθηματικών καταστάσεων (Graffam & Shinkfield, 2006). Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο τα άτομα που δεν έχουν κακοποιηθεί συναισθηματικά (M.O. = 0,24) ή σεξουαλικά (M.O. = 0,09) είναι πιο πιθανό να διαμένουν σε δικό τους σπίτι, σε σχέση με τα άτομα που νοικιάζουν ή φιλοξενούνται. Η σταθερότητα της στέγασης αποτρέπει από την περαιτέρω έκθεση σε κινδύνους που μπορεί να οδηγήσει τη δημιουργία νέων τραυμάτων ή αναβίωση των παλιότερων και αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την επανένταξη των αποφυλακισμένων (Graffam & Shinkfield, 2006). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι κατά μέσο όρο τα άτομα με ελληνική εθνικότητα έχουν κακοποιηθεί σωματικά σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με άτομα άλλης εθνικότητας.

Αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων, ύστερα από χρήση του κριτηρίου Mann Whitney U, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων ανάμεσα στα δύο φύλα. Σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών που δείχνουν ότι οι άντρες εμφανίζουν σταθερά υψηλότερα ποσοστά έκθεσης σε σωματική κακοποίηση (Bernat et al, 1998. Breslau, 2001. Norris et al., 2002. Tolin & Foa, 2006). Το εύρημα αυτό όπως και τα ευρήματα των ελληνικών ερευνητικών δεδομένων, σύμφωνα με τα οποία μεγαλύτερη χρήση σωματικής τιμωρίας γίνεται στα αγόρια, σε ποσοστό 71% και μικρότερη στα κορίτσια, ποσοστό 60% (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2007), δε συμφωνεί με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, βιβλιογραφικά η συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής στρες είναι διπλάσια απ' ό τι στους άντρες (Kessler et al.1994). Όσον αφορά στις κρατούμενες γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άντρες κρατούμενους και ειδικότερα οι μητέρες που αποχωρίζονται τα παιδιά τους και αντιμετωπίζουν δυσκολίες επικοινωνίας με την οικογένειά τους (Corston,2007; Royal College of Psychiatry,2007).

Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο και στην εργασιακή κατάσταση των ερωτηθέντων, ύστερα από χρήση του κριτηρίου Kruskal Wallis, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων. Έρευνες στο γενικό πληθυσμό ωστόσο έχουν υποδείξει πως το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο κι η ανεργία αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες, άγχους και κατάθλιψης (Breaslau et.al, 1994) και επιπλέον επηρεάζουν σημαντικά την επανένταξη των αποφυλακισμένων (Graffam & Shinkfield,2006).

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε πως κανένας από τους τέσσερις παράγοντες πρώιμου τραύματος ούτε η κατάθλιψη δεν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί στο μοντέλο, κι επομένως δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν το μετατραυματικό στρες. Το εύρημα αυτό δε συμφωνεί με τις μέχρι τώρα βιβλιογραφικές αναφορές σύμφωνα με τις οποίες πολλές από τις επιπτώσεις του τραύματος μπορεί να μεταφραστούν και σε μακροχρόνιες συνέπειες στον ψυχισμό του ατόμου: διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ή συνδυασμός της διαταραχής με κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή, διαταραχές διάθεσης (Zavaschietal, 2006). Παράλληλα, το άγχος βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με το μετατραυματικό στρες, κάτι που επιβεβαιώνεται από τις προαναφερθείσες βιβλιογραφικές αναφορές. Επομένως, όσο αυξάνονται τα επίπεδα του άγχους, τόσο περισσότερο αναμένεται να είναι αυξημένα και τα επίπεδα μετατραυματικού στρες.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αρχικός περιορισμός της εν λόγω μελέτης είναι αρχικά το μικρό δείγμα αφού όπως προαναφέρθηκε η έρευνα διενεργήθηκε μόνο σε ωφελούμενους ενός φορέα επανένταξης και συγκεκριμένα της Επανόδου, μόνο σε εκείνους που μιλούσαν και μπορούσαν να κατανοήσουν την ελληνική γλώσσα, ανάλογα με την προσέλευση τους για αναζήτηση των υπηρεσιών του φορέα, προσέλευση μικρή λόγω των συνθηκών, των απαγορεύσεων και των περιοριστικών μέτρων που υπήρχαν κατά τη χρονική περίοδο που διεξήχθη η έρευνα, λόγω της πανδημίας του Covid-19. Επίσης, στους περιορισμούς της έρευνας συμπεριλαμβάνονται, ο χρόνος από την αποφυλάκιση των ωφελουμένων που έλαβαν μέρος στην έρευνα (κατά μέσο όρο 51 μήνες), καθώς και η ηλικία των συμμετεχόντων (κατά μέσο όρο 41 έτη).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας προκύπτει πως, ενώ οι συμμετέχοντες τείνουν να ενοχλούνται και να αναστατώνονται σε μέτριο βαθμό από την τραυματική τους εμπειρία και το τραυματικό γεγονός της φυλακής, ύστερα από τη χρήση του κριτηρίου Kristal Wallis δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων όρων των υπό μελέτη παραγόντων επομένως η επανένταξη των αποφυλακισμένων δε φαίνεται να επηρεάζεται από τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και από το πρώιμο ψυχικό τραύμα. Τα ευρήματα αυτά όμως πιθανόν να επηρεάστηκαν από την ηλικία των συμμετεχόντων (μέσος όρος 41 έτη) και από το χρόνο αποφυλάκισης (μέσος όρος 51 μήνες). Ο χρόνος αποφυλάκισης των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο 51 μήνες, δηλαδή αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και για τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής αλλά και για τους αποφυλακισμένους να έχουν καταφέρει να επανενταχθούν σε ένα βαθμό.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτηθέντων που είναι τα 41 έτη και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η ωριμότητα της μεγαλύτερης ηλικίας, βοηθά να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα οι συναισθηματικές προκλήσεις της επανένταξης. Ακόμη, μεγαλύτερη ηλικία σημαίνει και μεγαλύτερη πιθανότητα γάμου και οικογένειας σε αντίθεση με τους νεαρούς αποφυλακισμένους που μπορεί να μην έχουν προλάβει να δημιουργήσουν τη δική τους οικογένεια με αποτέλεσμα να μην

έχουν ένα ισχυρό κίνητρο ή και υποστηρικτικό πλαίσιο (Graffam & Shinkfield, 2006). Επιπροσθέτως, η μικρότερη ηλικία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας εμφάνισης διαταραχής μετατραυματικού στρες (Breslau et al., 1998).

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η παρούσα μελέτη αποπειράθηκε να μελετήσει για πρώτη φορά στην Ελλάδα την επίδραση του Ψυχικού Τραύματος και της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στην Επανάταξη των Αποφυλακισμένων. Από τα ευρήματα προέκυψε πως η επανάταξη των αποφυλακισμένων δε φαίνεται να επηρεάζεται από τη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες και από το πρώιμο ψυχικό τραύμα κάτι που όπως προαναφέρθηκε πιθανότατα οφείλεται στο μέσο όρο ηλικίας (41 έτη) του υπό μελέτη δείγματος καθώς και στο χρονικό διάστημα από την αποφυλάκιση (μέσος όρος 51 μήνες).

Προτείνεται λοιπόν η περαιτέρω διερεύνηση του πρώιμου ψυχικού τραύματος και της μετατραυματικής διαταραχής στρες σε μεγαλύτερο αριθμό αποφυλακισμένων που απευθύνονται και σε άλλους φορείς μετασφροντιστικής μέριμνας, με χρονικό διάστημα αποφυλάκισης μικρότερο των 7 μηνών και μικρότερο μέσο όρο ηλικίας του δείγματος, με σκοπό την ενημέρωση και εισαγωγή θεραπευτικών προγραμμάτων στη μετασφρονιστική μέριμνα αλλά και κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, που να στοχεύουν στη θεραπεία ψυχικού τραύματος και στην αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες και για τους ίδιους τους αποφυλακισμένους αλλά και για τα άτομα που τους πλαισιώνουν καθώς και στην προετοιμασία των κρατουμένων κατά το τελευταίο χρονικό διάστημα της κράτησης τους για τις προκλήσεις που θα αντιμετωπίσουν με την επάνοδο τους στην κοινωνία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξιάδης, Σ. (1997) *Σωφρονιστική, Θεσσαλονίκη, Σάκκουλας*
- Αλοσκόφης, Ο. (2010) *Ο άτυπος κώδικας συμπεριφοράς των κρατουμένων*, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Ασημόπουλος, Χ. (2005) *Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο. Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης*, Αθήνα, Καστανιώτης
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3, revd. Washington, American Psychiatric Association.
- Andrews, D.A., Bonta, J. and Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: rediscovering psychology, Criminal Justice and Behavior, vol. 17, No.1, p.19-52.
- Beck, A.T. (1976) Cognitive Therapy for the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.
- Bremner, J.D., Bolus, R., Mayer, E.A., (2007) Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. J Nerv Ment Dis, 195:211–218, doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
- Breuer, J., Freud, S. (1895) Studies in Hysteria. In Strachey J (1895): Complete Psychological Works, Standard Edition, vol 2. London, The Hogarth Press, 1895.
- Breuer, J., Freud, S. (1956) Studies in Hysteria. New York: Nervous and Mental Diseases Publishing Company.
- Briere, J. and Scott. C. (2006) Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brodie, B. (1837) Lectures Illustrative of Certain Local Nervous Affections. London: Longman, Rees, Orme, Brown, Green & Longman.
- Γιαννοπούλου, Ι., Δουζένης, Α., Λύκουρας, Λ., (2010) *Ψυχιατροδικαστική Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα, Π.Χ Πασχαλίδης

Γιοβάνογλου,Σ.(2006) *Θεσμικά προβλήματα της κοινωνικής επανένταξης των αποφυλακισμένων. Κοινωνική Αρωγή και Ποινική Δικαιοσύνη*,Αθήνα-Θεσσαλονίκη,2006,τεύχος 2 σελ.1

Charcot ,J.M. (1984) *Lecons sur l'hysterie virile*. Paris: Le Syncomore.

Charcot, J.M. (1890) *Oeuvres completes de JM Charcot: Legons sur le sys- teme nerveux, recueillies et publiees par Babinski, Bernard, Fere, Guinon, Marie et Gilles de la Tourette*. Paris: Bureaux du Progres Medical,Lecrosnier et Babe;vol.3:456.

Charcot, M.M. (1994) *Les neuroses traumatiques: historical and sci- entific reflections*. Rev Neurol (Paris); 150: 498-505.

Cicchetti, D., White. J. (1990) *Emotion and developmental psychopathology*. In Stein N, Trebasso T (eds): *Emotion-Cognition: Interactions in Development*. Hillsdale, NJ, Erlbaum Associates.

Cole, P.M., Putnam F.W. (1992) *Effects of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective*. J Consult Clin Psychol 60:174- 184.

Clark, D.M. (1999) ‘Anxiety disorders: why they persist and how to treat them’, *Behaviour Research and Therapy*, 37: S5–S27.

Corston ,J. (2007) *The Corston Report: A Review of Women with Particular Vulnerabilities in the Criminal Justice System*. London: Home Office.

Δημόπουλος, Χ. (2009) *Σωφρονιστικό Δίκαιο*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη

Dandurand et al. (2008) *Conditional Release Violations, Suspensions and Revocations: A Comparative Analysis* (Vancouver, International Centre for Criminal Law Reform and Criminal Justice Policy.

Davidson, P.R and Parker,K.C.H.(2001)‘Eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR): A meta-analysis’, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 305–16.

Ferenczi,S. (1955) *Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and of passion*. In *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*. New York, Basic Books.

- Finklehor, D., Browne, A. (1985) The traumatic impact of child sexual abuse. *Am J Orthopsychiatry* 55:530-541.
- Freud, S. (1896) The aetiology of hysteria. In Strachey J (trans and ed): *Complete Psychological Works, Standard Edition*, vol 3. London, Hogarth Press.
- Freud, S. (1925) An autobiographical study. *SE* 20.
- Freud, S. (1920) Beyond the pleasure principle. *SE* 18.
- Foa, E.B., and Kozak, M.J. (1986) 'Emotional processing of fear: Exposure to corrective information' *Psychological Bulletin*, 99: 20–35.
- Graffam, J., and Shinkfield, A. (2006) The relationship between emotional state and other variables influencing successful reintegration of ex-prisoners.
- Golding, K., Dent, H.R. (2006) Nissim R and Stott E, *Thinking Psychologically about Children who are Looked After and Adopted: Space for Reflection*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Greene, S., Haney, C., and Hurtado, A., (2000) Cycles of Pain: Risk Factors in the Lives of Incarcerated Women and Their Children, *Prison Journal*, 80, 3-23.
- Griffiths, C. T., Dandurand, Y. and Murdoch, D. (2007) *The Social Reintegration of Offenders and Crime Prevention*. Ottawa: Public Safety Canada, National Crime Prevention Centre.
- Grinker, R.R., Spiegel, J.J. (1945) *Men under Stress*. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Guinon, Marie et Gilles de la Tourette. (1890) Paris: Bureaux du Progres Medical, Lecrosnier et Babe; 1890 vol. 3: 456.
- Haney, C., (1998) Riding the Punishment Wave: On the Origins of Our Devolving Standards of Decency, *Hastings Women's Law Journal*.
- Heller, P., LaPierre, A. (2012) *Θεραπεύοντας το Αναπτυξιακό Τραύμα*, Αθήνα: Εκδόσεις Π. Ασημάκης.
- Herman, J.L., Perry, J.C., van der Kolk, B.A. (1989) Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 146:390-395.
- Horowitz, M. (1986) *Stress Response Syndromes*, ed 2. Northvale, NJ, Jason Aronson.

- James, W. (1894) Book review of Janet's *Etat Mentale des Hysteriques* and of J Breuer & S Freud's *Uber den Psychischen Mechanismus Hysterischer Phaenomene*. *Psychol Rev* 1:195-199.
- Janet, P. (1904) *L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion*. *Journal de Psychologie* 1:417-453.
- Janet, P. (1930) *Autobiography*. In Murchinson CA (ed): *A History of Psychology in Autobiography*, vol I. Worcester, MA, Clark University Press.
- Janet, P. (1889) *L'Automatisme Psychologique*. Paris, Akan.
- Janet, P. (1911) *L'Etat Mental des Hysteriques*, Edition seconde. Paris, Akan,(reprint: Marseilles, Lafitte Reprints, 1983).
- Janet, P. (1929) *L'Evolution de la Personalite*. Paris, Chahine, (reprint: Paris, Societe Pierre Janet, 1984)
- Janet, P. (1894) *Histoire d'une Idee Fixe*. *Revue Philosophique* 37:121-163.
- Janet, P. (1909) *Les Nevroses*. Paris, Flammarion.
- Janet, P. (1909) *Problemes psychologiques de l'emotion*. *Rev Neurol* 17:1551-1687.
- Janet, P. (1925) *Psychological Healing*, vols 1 and 2. New York, Macmillan (original publication: *Les meditations psychologiques*, vol 1-3, Paris, Felix Akan, 1919).
- Kampfner, C. (1990) *Coming to Terms with Existential Death: An Analysis of Women's Adaptation to Life in Prison*, *Social Justice*, 17, 110
- Kardiner, A. (1941) *The Traumatic Neuroses of War*. New York, Hoeber.
- Kardiner, A. (1941) *The traumatic neuroses of war*. In: *Psychosomatic Medicine Monograph (I-II)*. Washington, DC: National Research Council.
- Keve, P. (1974) *Prison Life and Human Worth*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press, at 54.
- Kolb, L.C. (1987) *Neurophysiological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder*. *Am J Psychiatry*; 144: 989-995.
- Krystal, H. (1968) *Massive Psychic Trauma*. New York, International Universities Press.

- Krystal, H. (1978) Trauma and affects. *Psychoanal Study Child* 33:81-116.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., et al. (1988) Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veteran Readjustment Study (NVVRS). New York, Brunner/Maze
- Laplanche, J., Pontalis, J.B. (1967) *Vocabulaire de la Psychanalyse* (Here ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Laub, J.H. and Sampson, R.J. (2001) Understanding desistance from crime. In: Tonry M (ed.) *Crime and Justice: An Annual Review of Research*. Chicago, IL: University of Chicago Press, pp. 1–69.
- Lindemann, E. (1944) Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 101:141-148.
- Lindy, J. (1987) *Vietnam: A Casebook*. New York, Brunner/Maze.
- Lindy, J.D. (1985) An outline for the psychoanalytic psychotherapy of post-traumatic stress. In Figley CR (ed): *Trauma and Its Wake*, vol 2. New York, Brunner/Maze.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., Wilson S.J. (2007) “Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders”, *Campbell Systematic Reviews*, vol. 3, No.6.
- Μητροσύλη, Μ., Φρονίμου, Ε. (2006) *Οικογενειακή, κοινωνική και Επαγγελματική επανένταξη ειδικών ομάδων πληθυσμού, η περίπτωση των γυναικών κρατουμένων, Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών -Έργο Άλκηστις- Κ.Π EQUAL*.
- Μπινιώρη, Α. (2006) Στοιχεία Ψυχολογίας, σημειώσεις από την παράδοση μαθημάτων στη Σχολή Προσωπικού Καταστημάτων Κράτησης», 2006
- Μπούρας, Γ., Λαζαράτου, Ε. (2012) Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων, Διαθέσιμο : <file:///C:/Users/psych/OneDrive/Desktop/%CE%94%CE%99%CE%A0%CE%9B%CE%A9%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97%20%CE%9C%CE%9F%CE%A5!!!/23.2-GR-2012-SUP-39.pdf>

- Martins, C. M., Tofoli, S. M., Von Werne Baes, C & Juruena, M. (2011). Analysis of the occurrence in early life stress in adult psychiatric patients, a systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 4, (2), 219- 227
- Maruna, S. and LeBel, T., (2002)“Revisiting ex-prisoner re-entry: a buzzword in search of a narrative”, *Reform and Punishment: The Future of Sentencing*, S. Rex and M. Tonry, eds. (Cullompton, Devon, Willan Publishing), p.158-180.
- Maruna, S. and Immarigeon, R. (2004) *After Crime and Punishment: Pathways to Offender Reintegration*. Cullompton: Willan Publishing.
- Maruna, S. (2011) Reentry as a rite of passage. *Punishment & Society* 13(1): 3–28.
- Masson, J.M. (1984) *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. New York, Farrar, Strauss, & Giroux.
- Masten, A., & Garmezy, N., Risk, Vulnerability and Protective Factors in Developmental Psychopathology. In F. Lahey & A Kazdin (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum (1985), at 3.
- McCorkle, R. (1992) Personal Precautions to Violence in Prison, *Criminal Justice and Behavior*, 19, 160-173, at 161.
- Mcfarlane, A.C. (1987) Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:764-769.
- Meichenbaum, D.H. (1985) *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon
- Mental Health Foundation (1999) *The Fundamental Facts*. London: Mental Health Foundation.
- Michopoulos,I.,Kalkavoura,C.,Michalopoulou,P.,Fineti,K.,Kalemi,Psarra,ML.,Gournellis,R., Christodoulou,C.,Douzenis,A.,Patapis,P.,Protopapas,K.,Lykouras,L.,(2007), ‘Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS):Validation in a Greek general hospital sample’ Available at:<http://www.psychiatriki-journal.gr/documents/psychiatry/18.3-GR-2007-217>
- News Medical Life Sciences. (2019) <https://www.news-medical.net/health/Prisoner-Post-Traumatic-Stress.aspx>
- NICE. (2005) Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Available online at: www.nice.org.uk/CG26

- Πρέκκα, Ε. (2017) *Παιδικό Ψυχικό Τραύμα σε Νεαρούς Ενήλικες. Αυτοκαταστροφικές Συμπεριφορές και Προσκόλληση*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα
- Perry, C., Lawrence, J.R. (1984) Mental processes outside awareness: The contributions of Freud and Janet. In Bowers KS, Meichenbaum D (eds): *The Unconscious Reconsidered*. New York, Wiley.
- Perry, J.C., Herman, J.L., van der Kolk, B.A., et al. (1990) Psychotherapy and psychological trauma in Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Annals* 20:33-43.
- Petersilia, J. (2003) *When Prisoners Come Home: Parole and Prison Reentry*. Oxford: Oxford University Press.
- Pynoos, R.S., Eth, S. (1985) Children traumatized by witnessing acts of personal violence: Homocide, rape or suicide behavior. In Eth S, Pynoos RS (eds): *Post-traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, American Psychiatric Press.
- Reynolds, J.R. (1869) Remarks on paralysis and other disorders of motion and sensation, dependent on idea. *Br Med J*; ii: 483-485. Discussion, 378-379.
- Royal College of Psychiatrists Prison Psychiatry. (2007): *Adult Prisons in England and Wales*. London: Royal College of Psychiatrists.
- Scott, W.J. (1990) PTSD in DSM-III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Problems* 37:294-310.
- Seiter, R.P. and Kadela, K.R. (2003) Prisoner reentry: What works, what does not, and what is promising. *Crime and Delinquency* 49(3): 360–388.
- Shakespeare, W.: *Macbeth* (Act V, iii). New York, Signet Classics
- Shapiro, F. (1989) ‘Eye movement desensitization procedure: A new treatment for post-traumatic stress disorder’, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20: 211–17.
- Shapiro, F. (1996) ‘Errors of context and review of eye movement desensitization and reprocessing research’, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27: 313–17.
- Shapiro, F. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, 2nd edition. New York: The Guilford Press.

- Shatan, C.F., Smith, J., Haley, S. (1977): Johnny comes marching home: DSM-III and combat stress. Paper presented at the 130th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Toronto.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J. and Deasy, D. (1998) Psychiatric Morbidity among Prisoners. London: Office for National Statistics.
- Sapsford, R. (1978) Life Sentence Prisoners: Psychological Changes During Sentence," *British Journal of Criminology*, 18, 162.
- Taylor, A., "Social Isolation and Imprisonment," *Psychiatry*, 24, 373 (1961), at p. 373. See, also, Hanna Levenson, "Multidimensional Locus of Control in Prison Inmates," *Journal of Applied Social Psychology*.
- Terr, L.C. (1979) Children of Chowchilla: A study of psychic trauma. *Psychoanal Study Child* 34:552-623.
- Thorton, E.M. (1983) Freud and Cocaine: The Freudian Fallacy. London: Blond & Briggs.
- van der Hart, O., Brown, P. , van der Kolk, B.A. (1989) Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress* 2:356-380.
- van der Hart, O., Horst, R. (1989) The dissociation theory of Pierre Janet. *J Traum Stress* 2:399-411.
- van der Kolk , B.A., Ducey, C.P. (1984) Clinical implications of the Rorschach in posttraumatic stress. In van der Kolk BA (ed): *Post-traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae*. Washington, American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B.A., Ducey, C.P. (1989) The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2:259-274.
- van der Kolk , B.A., Perry, J.C., Herman, J.L. (1989) Childhood origins of self-destructive behavior. *Am J Psychiatry* 148:1665-1671.
- van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (1996) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B.A, van der Hart, O. (1991): The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago: Psychoanalysis Culture* 48:425-454, 1991

- van der Kolk, B.A., van der Hart, O. (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 146:1530-1540.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1994) PTSD Checklist—Civilian version. Boston: National Center for PTSD, Behavioral Science Division.
- Welch, K.L., and Beere, D.B. (2002) Eye movement desensitisation and reprocessing: A treatment efficacy model', *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9: 165–76.
- Wright, L., Borrill, J., Teers, R., and Cassidy, T. (2006) 'The mental health consequences of dealing with self-inflicted death in custody', *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2): 165–80.
- World Health Organization. (1993) Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, BHTA Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα
- World Health Organization. (2009) Women's Health in Prison: Correcting Gender Inequality in Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Χάιδου, Α., (2002) *Το σωφρονιστικό σύστημα: ζητήματα θεωρίας και πράξης*, Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Zavaschi, M., Graeff, M.E., Menegassi, M.T., Mardini, V., Pires, D., Carvalho, R., et al. (2006) *Rev Bras Psiquiatr* 28:184–190.

Πηγές

A.N. 125/1967 (YEK 152/A/4-9-1967).

Π.Δ. 36/2000

Τ.Α. 47503/2005, άρθρα 52,53,54

<http://kentrostirixis.gr>, άρθρο: «Τι είναι η Συμβουλευτική Ψυχολογία και πώς λειτουργεί;»

N. 1851/1989 «Κώδικας βασικών κανόνων για τη μεταχείριση των

κρατουμένων και άλλες διατάξεις», πηγή: NOMOS : <http://lawdb.intrasoftnet.com>

N. 2776/1999: Σωφρονιστικός Κώδικας, πηγή: NOMOS : <http://lawdb.intrasoftnet.com>

<http://www.theprisonfilmproject.com>

.