

20. Creamer M., Burgess P., Pattison P.: Cognitive Processing in Post-Trauma Reactions Some Preliminary Findings. *Psychological Medicine*, 20:597-604, 1990.
21. Maguire M., Corbett C.: *The Effects of Crime and the Work of Victims Support Schemes*. Gower, Aldershot, 1987.
22. Brown G., Chadwich O., Shaffer D., Rutter M., Laub M.: A Prospective Study of Children with Head Injuries: III Psychiatric Sequelae. *Psychological Medicine*, 11:63-78, 1981.
23. Critchley M.: *The Parietal Lobes* Hafner. N. York, 1966.
24. McFie J.: *Assessment of Organic Impairment*, Academic Press, London, 1975.
25. Tarsh M.J., Royston C.: A Follow-up Study of Accident Neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 146:18-25, 1985.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 20

Προβλήματα της θεραπευτικής αγωγής των παραβατών με ψυχικές διαταραχές

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, αρκετοί, ιδίως υπότροποι, παραβάτες εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές. Η θεραπευτική τους αντιμετώπιση παρουσιάζει ιδιομορφίες, οι οποίες συνδέονται με το πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιείται (π.χ. φυλακές, σύμφρονιστήρια) και με τους ειδικούς στόχους της αγωγής (π.χ. εξάλειψη μιας δυσλειτουργικής παραβατικής συνήθειας όπως η χρήση βίας κατά τις σεξουαλικές σχέσεις). Επίσης, ιδιομορφίες παρουσιάζει η θεραπευτική αγωγή ορισμένων άλλων κατηγοριών ασθενών, οι οποίοι απασχολούν τη Νομική Ψυχιατρική. Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετασθούν διαδοχικά ορισμένα από τα προβλήματα που συνδέονται με την υποχρεωτική θεραπευτική αγωγή, τη θεραπευτική αγωγή υπό συνθήκες στέρησης της ελευθερίας ενηλίκων και ανηλίκων, τις θεραπευτικές κοινότητες, την αντιμετώπιση των διαταραχών που αφορούν στη χρήση ψυχοτρόπων, των διαταραχών της προσωπικότητας, και των σεξουαλικών παρεκκλίσεων. Τέλος, θα συζητηθούν ζητήματα που συνδέονται με τη θεραπεία των θυμάτων παραβατικών ενεργειών.



Όπως γίνεται ευρέως δεκτό κατά τη σύγχρονη εποχή, η επιβολή μιας ποινής και ο τρόπος έκτισής της δεν αποσκοπούν μόνο στην αποκατάσταση της δικαιοσύνης και της ηθικής τάξης, στον εκφοβισμό, στην εξουδετέρωση των παραβατών, αλλά και στη βελτίωσή τους. Προϋπόθεση της βελτίωσης είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, τις οποίες μπορεί να παρουσιάζει αυτός που καταδικάστηκε, ο οποίος συχνά δεν αποδέχεται ή δεν επιδιώκει

τη θεραπεία του. Αυτό συμβαίνει ιδίως: α) Στις ψυχώσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έλλειψη εναισθησίας, δηλαδή ανυπαρξία επίγνωσης από τον ασθενή του παθολογικού χαρακτήρα ορισμένων εκδηλώσεων (π.χ. των παραγωγικών συμπτωμάτων της νόσου του), τις οποίες εμφανίζει. β) Σε διαταραχές της προσωπικότητας ή της συμπεριφοράς, όταν το άτομο έχει οργανώσει τις ψυχικές του άμυνες και τις αντιδράσεις του, κατά τέτοιο τρόπο ώστε παρά το δυσπροσαρμοστικό χαρακτήρα των πράξεων του, είτε δεν αισθάνεται δυσφορία, είτε, αν αισθάνεται, την αποδίδει σε εξωτερικά αίτια. Έτσι π.χ. ο ψυχοπαθητικός υπότροπος παραβάτης, ο οποίος περνάει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του στη φυλακή, μπορεί να αποδέχεται την κατάσταση αυτή ως ένα ικανοποιητικό τρόπο διαβίωσης, ή (και) να την αποδίδει σε διάφορους παράγοντες (π.χ. στην κακή του τύχη, στην κοινωνική αδικία, στη μεροληψία των δικαστών) και όχι σε δικά του σφάλματα και αστοχίες. Είναι προφανές ότι το άτομο αυτό δεν έχει κίνητρο για να υποβληθεί σε κάποια θεραπευτική αγωγή, η προοπτική της οποίας μάλιστα μπορεί να βιώνεται ως απειλητική για τον εύθραυστο τρόπο οργάνωσης της ψυχικής του «ισορροπίας».

Τα ηθικά, πολιτιστικά και ιατρικά ζητήματα που είναι συνδεδεμένα με την αναγκαστική θεραπεία συζητούνται και σε άλλα κεφάλαια. Κατά τη σύγχρονη εποχή γίνεται ευρύτερα αποδεκτό ότι μια πολιτισμένη κοινωνία έχει κατ' αρχήν όχι μόνο το δικαίωμα αλλά και την υποχρέωση να υποβάλει σε υποχρεωτική θεραπευτική αγωγή τα άτομα τα οποία λόγω της ψυχικής ή της νοητικής τους κατάστασης δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν το συμφέρον της υγείας τους. Όμως, η υποχρεωτική θεραπεία, συνιστά μια παρέμβαση στο χώρο των ατομικών ελευθεριών και της ιδιωτικής ζωής, με κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Επιπλέον υπάρχουν και σημαντικά ιατρικά μειονεκτήματα: Η έλλειψη συμφωνίας και συνεργασίας του ασθενούς, δυσκολεύει τη σύναψη και την τήρηση ενός θεραπευτικού συμβολαίου, την ψυχοθεραπευτική επικοινωνία, την ανάπτυξη σταθερών σχέσεων με μια θεραπευτική ομάδα. Η επιλογή της ακούσιας νοσηλείας πρέπει να αποτελεί την έσχατη λύση, όταν έχουν αποτύχει οι προσπάθειες πειθούς.

Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της θεραπευτικής αγωγής και οι παρενέργειές της, μπορεί να περιοριστούν, αν δίνεται η δυνατότητα στο άτομο το οποίο εμφανίζει τη διαταραχή να επιλέξει μεταξύ της υποβολής σε αγωγή και μιας άλλης δυσμενούς συνέπειας, την οποία συνεπάγεται η συμπεριφορά του, π.χ. της έκτισης μιας ποινής για κά-

ποιο αδίκημα το οποίο διέπραξε, ή της απώλειας ενός δικαιώματος. Έτσι π.χ. είναι δυνατό, ο εξαρτημένος παραβάτης να κληθεί να επιλέξει είτε την φυλάκιση είτε τη συμμετοχή σε μια θεραπευτική κοινότητα, ο αλκοολικός οδηγός είτε την αφαίρεση του διπλώματος οδήγησης είτε την παρακολούθηση ενός ειδικού προγράμματος, ο ψυχασικός ασθενής είτε την τακτική θεραπευτική παρακολούθηση είτε την απώλεια ενός ειδικού οικονομικού βοηθήματος, το οποίο λαμβάνει εξαιτίας της διαταραχής που παροικιάζει. Η δυσμενής συνέπεια, η οποία επιβάλλεται για την απουσία συμμόρφωσης με την αγωγή ή όποια συνιστάται, πρέπει να είναι «λογική» (να εκφράζει το δικαίωμα του κοινωνικού συνόλου να λαμβάνει μέτρα προστασίας απέναντι σε μια επικίνδυνη κατάσταση ή δραστηριότητα), αρκετά σοβαρή (ώστε να δημιουργεί σημαντικό κίνητρο για υποβολή σε θεραπεία), όχι όμως υπερβολικά αυστηρή, (ώστε η όλη διαδικασία να μην έχει το χαρακτήρα ενός εκβιαστικού εξαναγκασμού). Θα πρέπει επίσης, για λόγους οι οποίοι συνδέονται κυρίως με την υπευθυνοποίηση του ασθενούς, να υπάρχει έλεγχος για τη συνεπή τήρηση της υποχρέωσης την οποία ανέλαβε, και να είναι εκ των προτέρων γνωστές οι συνέπειες της παραβίασης του θεραπευτικού συμβολαίου.

Με αυτό τον τρόπο η επιλογή ενός ασθενούς να παρακολουθησει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα αποκτά ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με τη συνήθη υποβολή σε εκούσια νοσηλεία. Και στις δύο περιπτώσεις υπάρχει μια στάθμιση πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων και τελικά μια υπεύθυνη απόφαση δέσμευσης και συνεργασίας με τη θεραπευτική ομάδα, ένα θεραπευτικό «συμβόλαιο». Και στις δύο περιπτώσεις η λήψη της απόφασης επηρεάζεται από «εξωτερικές» πιέσεις. Οι πιέσεις αυτές, στην περίπτωση ιδίως του παραβάτη-ασθενούς, είναι εντονότερες καθώς οι δυνατότητες επιλογής που διαθέτει είναι εξαιρετικά περιορισμένες. Δεν θα πρέπει όμως, να παραβλέπεται ότι όλοι σχεδόν οι ασθενείς είναι αμφιθυμικοί έναντι μιας προτεινόμενης σε αυτούς αγωγής και ότι οι αποφάσεις τους λαμβάνονται συχνά ύστερα από αλληπάλληλες αναβολές, ταλαντεύσεις, επιρροές, επιδράσεις. Έτσι π.χ. πολλοί αποφασίζουν «οικειοθελώς» να υποβληθούν σε μια θεραπεία με την «πίεση απαιτήσεων, συναισθηματικών πιέσεων, κοινωνικών και ηθικών υποχρεώσεων, εκκλήσεων, υπό συνθήκες αρκετά έντονης συναισθηματικής φόρτισης. Ειδικά για τους πολύ αγχώδεις και αμφιθυμικούς ασθενείς μια σαφής τοποθέτηση, (π.χ. με την παρουσίαση συγκεκριμένων εναλλακτικών δυνατοτήτων προς επιλογή), απέναντι στο θέμα της θεραπείας τους, ιδίως αν δεν έχει χα-

ρακτήρα εκβιασμού, μπορεί να λειτουργεί λυτρωτικά στο μέτρο που τους βοηθάει να λάβουν μια απόφαση.

Η διαδικασία επιλογής είτε της υποβολής σε θεραπευτική αγωγή είτε μιας άλλης δυσμενούς συνέπειας στην Ελλάδα έχει περιορισμένη εφαρμογή. Προβλέπεται κυρίως για τους εξαρτημένους από ψυχοτρόπα παραβάτες, ενώ θα μπορούσε να εφαρμοστεί για ασθενείς με κάθε είδους σοβαρή ή επικίνδυνη ψυχική διαταραχή.



Οι συνθήκες ζωής στη φυλακή έχουν διερευνηθεί και περιγραφεί στα πλαίσια και της επιστημονικής έρευνας και της καλλιτεχνικής δημιουργίας. Πρόκειται για μια ιδιόμορφη μικροκοινωνία της οποία τα μέλη ζουν σε συνθήκες συμπίεσης πολύ ζωτικών ανθρώπινων αναγκών οι οποίες αφορούν την ελευθερία κίνησης, έκφρασης, ανάπτυξης της προσωπικότητας, την επικοινωνία, τη σεξουαλικότητα, το απόρητο της ιδιωτικής ζωής, την ασφάλεια, τη δυνατότητα προγραμματισμού και ανάληψης πρωτοβουλιών, τη διαμόρφωση προσδοκιών και ελπίδων. Τρεις τουλάχιστον σημαντικές πλευρές της ανθρώπινης υπόστασης, η κοινωνικότητα, η δημιουργικότητα, ο ερωτισμός, υπόκεινται σε διαστρεβλώσεις ή (και) ατροφούν υπό το καθεστώς ιδίας μιας μακροχρόνιας φυλάκισης.

Η φυλακή είναι ένα τυπικό «ολοκληρωτικό ίδρυμα».¹ Στους φυλακισμένους, όπως και στους τροφίμους άλλων παρόμοιων ιδρυμάτων παρτηρούνται τα γνωστά συμπτώματα της ιδρυματοποίησης. Υπάρχει απάθεια, περιορισμός των ενδιαφερόντων, απομόνωση, έκπτωση πολλών ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, και μάλιστα δεξιοτήτων αναγκαίων για την προσαρμογή στην ελεύθερη κοινωνική ζωή, υπαγωγή στους κανόνες μιας ιδιόμορφης υποκοουλτούρας των φυλακών. Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά της υποκοουλτούρας αυτής μεταφέρονται αυτοίσια από τον κόσμο των παρανόμων, άλλα αποτελούν προϊόντα του ιδιόμορφου τρόπου οργάνωσης της ζωής στο ίδρυμα αυτό.²

Σε πολλές φυλακές, ιδίως στις παραδοσιακές «κοινοβιακές» που έχουν μεγάλο αριθμό κρατουμένων, διαμορφώνονται δύο συστήματα εξουσίας κατά ένα μέρος ανταγωνιστικά, και κατά άλλο συνεργαζόμενα, ανάλογα με τους συσχετισμούς δύναμης και τις ιδιαίτερες συνθήκες. Αφενός υπάρχουν η επίσημη υπαλληλική ιεραρχία των σω-

φρονιστικών υπαλλήλων, οι αρμοδιότητες, τα δικαιώματα, οι κανονισμοί όπως ορίζονται από το ισχύον σύστημα σωφρονισμού. Αφετέρου δημιουργείται μια ιδιότυπη ιεραρχία μεταξύ των φυλακισμένων και στα πλαίσια της δημιουργούνται «κανόνες του παιχνιδιού», αναλαμβάνονται ρόλοι. Η άσκηση βίας και εκβιασμών, ο καταναγκασμός, η εξαπάτηση, η παρακολούθηση, η κατάδοση, η σύναψη ανήθικων συμβιβασμών και συμμαχιών αποτελούν συχνά χαρακτηριστικά στοιχεία του δεύτερου συστήματος, το οποίο τείνει να ενσωματώσει ή να αδρανοποιήσει το πρώτο. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, (μερικές φορές με την ανοχή, την ενθάρρυνση και την ενεργό συμμετοχή στελεχών του πρώτου συστήματος), ιδίως όταν το σωφρονιστικό προσωπικό είναι ανεπαρκές και δεν έχει εκπαιδευθεί κατάλληλα. Μεταξύ των τύπων-ρόλων της φυλακής ξεχωρίζουν ο «σκληρός άντρας», ο «πολιτάνης συμβιβαστής», ο «απροσάρμοστος ταραχοποιός», ο «συμβιβασμένος», ο «γορίλας», ο «λύκος» (εκμεταλλευτής και επιβήτορας άλλων κρατουμένων), ο «άσημος» (θύμα του λύκου).³ Η βαναυσότητα, η βία, η αντικοινωνικότητα, η περιφρόνηση της αξίας του ανθρώπου, επιβραβεύονται με την άνοδο στην ιεραρχία μεταξύ των κρατουμένων και με την διασφάλιση έτσι διάφορων προνομίων όπως π.χ. καλλίτερων όρων διαβίωσης, με την ανοχή του φυλακτικού συστήματος.

Οι συνθήκες που επικρατούν στις φυλακές επιδεινώνουν την ψυχική υγεία πολλών κρατουμένων. Από ορισμένους ερευνητές παλαιότερα γίνονταν λόγος για μια νόσο με την ονομασία ψύχωση της φυλακής. Η ύπαρξη της αμφισβητείται από άλλους. Όμως και αν ακόμα δεν υπάρχει μια ιδιαίτερη χρόνια ψυχωσική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται ως συνέπεια της διαβίωσης σε φυλακή, αναμφίβολα η φυλάκιση ενεργοποιεί ή επιδεινώνει πολλές λανθάνουσες ή εμφανείς ψυχικές διαταραχές. Σε σχετικά πρόσφατες έρευνες το ποσοστό των ενεργά ψυχωσικών μεταξύ των φυλακισμένων κυμαίνεται μεταξύ του 2 και του 5%.^{4,5,6} δηλαδή είναι αρκετά υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού παρόλο που πολλοί ψυχωσικοί παραβάτες παραπέμπονται από τα δικαστήρια σε ψυχιατρικές δομές. Το ίδιο ποσοστό φθάνει το 10% μεταξύ των βαρυποινιτών.⁷ Επίσης, είναι πιθανό ότι περίπου οι μισοί από τους φυλακισμένους παρουσιάζουν κάποια, περισσότερο ή λιγότερο σοβαρή, ενεργό ψυχιατρική διαταραχή (π.χ. 40-50% αντικοινωνική διαταραχή, 5-10% μείζονα κατάθλιψη, ενώ η ελιποψηφία έχει ιστορικό εξάρτησης από αλκοόλ και άλλα ψυχοτρόπα)^{8,9}.

Σε πολλές χώρες, γίνεται ευρεία συζήτηση για τα προβλήματα που παρουσιάζονται στην παροχή ιατρικών και ψυχιατρικών υπηρεσιών στους φυλακισμένους.¹⁰ Υπάρχουν καταγγελίες για παραβάσεις στοιχειωδών κανόνων υγιεινής και ψυχικής υγιεινής, για χονδροειδείς ανεπάρκειες στη λειτουργία υπηρεσιών αυτών. Στην Ελλάδα τα ψυχιατρικά προβλήματα των 8.000 περίπου φυλακισμένων αντιμετωπίζονται από μια υπηρεσία, την Ψυχιατρική Κλινική των Φυλακών Κορυδαλλού, η οποία διαθέτει περί τις 250 κλίνες και είναι στελεχωμένη από 2-3 ψυχιάτρους, και άλλους τόσους ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Οι περισσότεροι εργάζονται υπό συνθήκες μερικής απασχόλησης. Ανεπίδεκτο ή πλημμελώς εκπαιδευμένο είναι το μεγαλύτερο μέρος του υπόλοιπου προσωπικού (περί τους 10 νοσοκόμοι και φύλακες). Σε αυτή την κλινική αναμιγνύονται στον ίδιο θεραπευτικό (;) χώρο, χρήστες ψυχοτρόπων με ψυχωσικούς ή βαριά καταθλιπτικούς ασθενείς.¹¹ Τα ψυχιατρικά προβλήματα στις άλλες φυλακές, αντιμετωπίζονται είτε από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, είτε από ιδιώτες ψυχιάτρους με εξωτερικές επισκέψεις.

Πρόκειται για μια κατάσταση, η οποία κατά την εκτίμηση του γράφοντος συνιστά παραβίαση της συνταγματικής υποχρέωσης του κράτους για να σέβεται την αξία του ανθρώπου και να μεριμνά για την υγεία των πολιτών. Είναι προφανές πως η αντίληψη ότι η ποινή είναι «κακό» το οποίο επιβάλλει η κοινωνία στον παραβάτη ως έκφραση ιδιαίτερης αποδοκιμασίας για την πράξη του, δε μπορεί να φτάνει μέχρι του σημείου να περιλαμβάνεται στο «κακό» αυτό η πρόκληση ή η επιδείνωση σοβαρών ψυχικών διαταραχών.

Η φυλακή είναι αναμφίβολα ο πλέον ακατάλληλος χώρος για τη θεραπεία ατόμων με ψύχωση ή με άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Κατά την οξεία φάση της νόσου, όταν χρειάζεται εντατική ιατρική παρακολούθηση και νοσηλεία, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να θεραπεύονται σε κλειστές ψυχιατρικές κλινικές (σε τμήματα για κρατούμενους, εγκατεστημένα σε γενικά ή σε ειδικά νοσοκομεία). Η παραμονή σε αυτές τις κλινικές, πρέπει να είναι βραχεία. Για τους χρόνιους ασθενείς με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, εφόσον κρίνεται αναγκαία η επιβολή ή η συνέχιση μιας ποινής η ενός μέτρου ασφαλείας, που τους στερεί την ελευθερία, η καλύτερη δυνατή λύση είναι η διαμονή σε ειδικές μονάδες, οι οποίες λειτουργούν ως κλειστές θεραπευτικές κοινότητες. Σε ορισμένες χώρες έχουν δημιουργηθεί τέτοιες μονάδες. Σε κάθε μια από αυτές διαμένουν μερικές δεκάδες ή το πολύ λίγες εκατοντάδες κρατούμενοι και εργάζονται ειδικά εκ-

παιδευμένοι σωφρονιστικοί υπαλλήλοι, των οποίων ο αριθμός υπερβαίνει συνήθως τον αριθμό των κρατούμενων. Υπάρχουν σαφείς κανόνες λειτουργίας που δημιουργούν δικαιώματα και υποχρεώσεις και τηρούνται με συνέπεια, καθώς και ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων (αγωγή, εργασία). Στόχος είναι η υπευθυνοποίηση, η βελτίωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοεμπιστοσύνης των τροφίμων, ο περιορισμός των δυσπροσαρμοστικών τους αντιρρήσεων, η ενίσχυση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων. Περισσότερα για τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων αναφέρονται σε επόμενες παραγράφους.

Τα αποτελέσματα της λειτουργίας των ειδικών αυτών μονάδων είναι αμφιλεγόμενα.^{12,13,14,15} Φαίνεται ότι η διαγωγή των καταδίκων όσο ζουν μέσα σε αυτές βελτιώνεται, όμως δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η βελτίωση αυτή διατηρείται και μετά την έξοδό τους. Πιθανώς χρειάζεται μεγαλύτερη εξειδίκευση του τρόπου λειτουργίας ανάλογα με το αν οι τρόφιμοι παρουσιάζουν κλινικά ψυχιατρικά σύνδρομα (π.χ. χρόνιες ψυχώσεις, σοβαρές νευρώσεις), ή διαταραχές της προσωπικότητας (π.χ. αντικοινωνική διαταραχή με ροπή στην κατάχρηση ψυχοτρόπων). Κυρίως όμως, και ιδίως όσον αφορά τους επανειλημμένα υπότροπους παραβάτες με σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας κρίνεται αναγκαία η σύνδεση των μονάδων αυτών με ένα σύστημα δομών και υπηρεσιών προνοιακού και γενικότερα υποστηρικτικού χαρακτήρα. Έτσι μπορεί να διασφαλιστεί μια περισσότερο ομαλή και σταθερή κοινωνική εκάνεταξη των ατόμων αυτής της κατηγορίας και να μειωθεί η πιθανότητα υποτροπής τους.

Οι ειδικές μονάδες έχουν υψηλό κόστος λειτουργίας και, προς το παρόν τουλάχιστον, καλύπτουν μια μικρή μόνο μειοψηφία όσων έχουν καταδικαστεί σε ποινές στέρησης της ελευθερίας. Όμως, ένα μεγάλο ποσοστό (πιθανώς άνω του 50%) των καταδίκων αυτών σε κάθε χώρα, παρουσιάζει ψυχιατρικά προβλήματα (ιδίως ιστορικό και ροπή προς τη χρήση ψυχοτρόπων, μέσης βαρύτητας διαταραχές της προσωπικότητας, χρόνιες δυσθυμικές εκδηλώσεις). Αυτά τα άτομα, τουλάχιστον μέχρις ότου ωριμάσει η ιδέα της κατάργησης της φυλάκισης ως βασικού τρόπου τιμώρησης, πρέπει να αντιμετωπίζονται με τρόπο, ο οποίος να διασφαλίζει την προστασία της ψυχικής τους υγείας, να προλαμβάνει την εκδήλωση διαταραχών. Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την ελάττωση του χρόνου φυλάκισης και τη βελτίωση των συνθηκών ζωής στις φυλακές ώστε να περιοριστούν οι δυσμενείς συνέπειες στην ψυχική υγεία (βλ. τις επόμενες παραγράφους). Η δευτερογενής πρόληψη συνδέεται με την τακτική παρακολούθηση της

ψυχικής υγείας των καταδικών και την εξασφάλιση της έγκαιρης και αποτελεσματικής παρέμβασης σε περίπτωση κρίσης. Η τριτογενής πρόληψη περιλαμβάνει την οργάνωση των ιδρυμάτων του σωφρονιστικού συστήματος σύμφωνα με τις αρχές της θεραπείας περιβάλλοντος και της θεραπευτικής κοινότητας.

Για τον περιορισμό της συχνότητας επιβολής και της διάρκειας των ποινών φυλάκισης μπορεί να θεσμοθετηθεί η ευρεία εφαρμογή εναλλακτικών ποινών όπως οι ποινές σε χρήμα, σε προσφορά κοινωνικά χρήσιμης εργασίας, η επιβολή περιορισμών στην ελευθερία μετακίνησης και στην άσκηση ορισμένων δραστηριοτήτων. Κατά την εκτίμηση του γράφοντος, ο Ποινικός Κώδικας θα μπορούσε να προσφέρει τη δυνατότητα στο δικαστή να επιβάλει (ή να προτείνει στον υπόδικο εναλλακτικά προς την ποινή φυλάκισης) τέτοιες ποινές για όλα σχεδόν τα πλημμελήματα, ακόμα και για αρκετά κακουργήματα, χωρίς να δημιουργείται σημαντικός κίνδυνος αύξησης της εγκληματικότητας. Θα πρέπει βέβαια παράλληλα να οργανωθούν υπηρεσίες ικανές να αφομοιώσουν και να ελέγχουν τους κατάδικους, οι οποίοι επιλέγουν μια από αυτές τις ποινές.

Όσον αφορά τις μεταρρυθμίσεις στον τρόπο έκτισης της ποινής της φυλάκισης, ο νέος Σωφρονιστικός Κώδικας (Ν. 1851/1989, και Ν. 1877/1990),¹⁸ ο οποίος στο πρώτο άρθρο του θεωρεί ως σκοπό της εκτέλεσης των ποινών την αγωγή και την κοινωνική ένταξη των κρατούμενων, προβλέπει μεταξύ άλλων:

α) Τη διάκριση των κρατούμενων σε νέους (έως 21 ετών), υπόδικους και κρατούμενους για χρέη, ενήλικους υπότροπους, μη υπότροπους, άτομα εξαρτημένα, άτομα με έντονη ψυχοπαθητική διαταραχή της προσωπικότητας, άτομα με άλλες χρόνιες ψυχικές διαταραχές και τη διαμονή σε διαφορετικά καταστήματα, πτέρυγες, καθώς και τη διαφορετική μεταχείριση καθεμιάς από αυτές, τις κατηγορίες.

β) Τη δημιουργία Κέντρου Προσανατολισμού και Παρατήρησης, όπως και πτέρυγων με παρόμοιο χαρακτήρα στις μεγάλες φυλακές, με σκοπό τη διερεύνηση της προσωπικότητας και την εξατομίκευση της μεταχείρισης του κάθε καταδίκου.

γ) Τη δημιουργία καταστήματος ημιελεύθερης διαβίωσης για όσους έχουν εκτίσει το 1/2 της ποινής τους.

δ) Την κατ' αρχήν υποχρέωση των καταδικών να εργάζονται μέσα στη φυλακή, με ευεργετικό απολογισμό των ημερών εργασίας.

ε) Την παροχή αμοιβών ή την επιβολή κυρώσεων ανάλογα με τη συμπεριφορά που επιδεικνύεται.

Κατά την εκτίμηση του γράφοντος, παρά το θετικό χαρακτήρα που έχουν οι νέες ρυθμίσεις δεν επαρκούν ακόμα για να βελτιωθεί ριζικά, (με δεδομένη μάλιστα την άθλια κατάσταση των ελληνικών φυλακών), η λειτουργία του σωφρονιστικού συστήματος. Η παροχή της δυνατότητας ημιελεύθερης διαβίωσης θα μπορούσε να είναι περισσότερο εκτεταμένη. Θα έπρεπε ακόμα να δημιουργηθούν νέοι θεσμοί όπως αυτός της υπό επιτήρηση ελεύθερης διαβίωσης ή να προβλεφθεί η δημιουργία «φυλακών» νέου τύπου όπως π.χ. «πρότυπα χωριά για κρατούμενους»,¹⁷ θεραπευτικές κοινότητες μέσα στη φυλακή.

Η εφαρμογή της θεραπείας περιβάλλοντος και η δημιουργία θεραπευτικών κοινοτήτων μέσα στα καταστήματα σωφρονισμού αποτελεί μια τομή στο παραδοσιακό σωφρονιστικό σύστημα. Προϋπόθεση είναι η δημιουργία των κατάλληλων χώρων, η πρόσληψη επαρκούς προσωπικού και η εκπαίδευσή του. Μια θεραπευτική κοινότητα δε μπορεί να αποτελείται από περισσότερα από μερικές δεκάδες (ή το πολύ μια έως δύο εκατοντάδες) άτομα. Επομένως θα πρέπει τα ιδρύματα μαζικού σωφρονισμού να αντικατασταθούν σταδιακά από μικρότερες ανεξάρτητες μονάδες. Θα μπορούσε μάλιστα το σωφρονιστικό σύστημα να τομεοποιηθεί με δημιουργία μιας μονάδας, με κρατούμενους ανά 2-3 νομούς καταγόμενους από τους νομούς αυτούς. Το προσωπικό πρέπει να πολλαπλασιαστεί και να εξειδικευθεί. Η ποιότητα του μπορεί να βελτιωθεί με τη δημιουργία εξειδικευμένων στελεχών του σωφρονιστικού συστήματος σε επίπεδο ΑΕΙ (μεταπτυχιακές σπουδές), ΤΕΙ, ή (και) σε επίπεδο ανάλογο με αυτό των μέσων τεχνικών σχολών, και τη λειτουργία σεμιναρίων ταχύρρυθμης μετεκπαίδευσης για τους υπηρετούντες σωφρονιστικούς υπαλλήλους.

Η θεραπεία περιβάλλοντος και οι θεραπευτικές κοινότητες συνιστούν μια ιδιαίτερη μορφή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης της οποίας το κυριότερο χαρακτηριστικό είναι ότι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα δε στηρίζεται σε μια ειδική δραστηριότητα ή σχέση, αλλά στη συνολική διαμόρφωση του πλαισίου και των συνθηκών της ζωής του θεραπευόμενου. Παρόλο που οι δύο έννοιες δεν είναι ταυτόσημες, και συνήθως η θεραπευτική κοινότητα εκφράζει (σε σύγκριση με τη θεραπεία περιβάλλοντος) μια πληρέστερη πολυπλοκότερη και ιστορικά λίγο μεταγενέστερη σύλληψη, στην ουσία και στην πράξη οι δύο αυτές θεραπείες, όπου είναι δυνατόν, εφαρμόζονται από κοινού.

Παρά τις διαφορές που μπορεί να παρουσιάζουν οι θεραπευτικές κοινότητες μεταξύ τους ως προς την οργάνωση και τον τρόπο που λειτουργούν, οι ψυχοθεραπευτικοί τους στόχοι είναι αρκετά όμοιοι.

Επιδιώκεται η υπευθυνοποίηση του ατόμου, η ανάπτυξη της εμπαιθητικής του ικανότητας (δηλαδή της ικανότητας να καταλαβαίνει τους άλλους, να «μπαίνει στη θέση τους»), η βελτίωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοεμπιστοσύνης, του αυτοελέγχου, η μείωση της παρνοϊκότητας, της τιμωρητικότητας, της αυτοτιμωρητικότητας, η καλλιέργεια των δεξιοτήτων επικοινωνίας και διαπραγμάτευσης, της ικανότητας χαλάρωσης, η ενθάρρυνση της έκφρασης των θετικών συναισθημάτων αλλά και γενικότερα της λεκτικής έκφρασης του συναισθηματικού δυναμικού, χωρίς βίαιες καταστροφικές ή αυτοκαταστροφικές εκδραματίσεις. Πολλά από τα άτομα τα οποία εντάσσονται στις θεραπευτικές κοινότητες έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες αποτυχιών, απορρίψεων, ματαιώσεων, και έχουν μάθει να αντιδρούν δόσκαμπα και παρορμητικά. Στη θεραπευτική κοινότητα δημιουργείται ένα πλαίσιο ασφάλειας, σταθερότητας, συνέπειας, ηρεμίας. Υπάρχει ένα δομημένο πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων (εργασία, εκπαίδευση, ψυχαγωγία, ομαδική αγωγή, ατομικές θεραπείες). Οι κανόνες συμπεριφοράς που επιτρέπεται και οι απαγορεύσεις καθορίζονται με σαφήνεια, οι συνέπειες της παραβίασης των κανόνων είναι συγκεκριμένες και προκαθορισμένες. Οι κυρώσεις που επιβάλλονται δεν έχουν το χαρακτήρα τιμώρησης αλλά προστασίας της κοινότητας. Ενθαρρύνεται η συλλογικότητα, η επικοινωνία, η πρωτοβουλία, η δημιουργικότητα.

Το περιβάλλον στο οποίο ζουν και εργάζονται οι κρατούμενοι που είναι μέλη μιας θεραπευτικής κοινότητας δεν μπορεί να μοιάζει με το γκρίζο, αποϊκίλο και απάνθρωπο περιβάλλον των περισσότερων φυλακών. Η στέρηση της ελευθερίας είναι αρκετά «δουνηρή κοινή» αφεαυτής, και δεν υπάρχει λόγος να εκτίεται υπό συνθήκες οι οποίες καθιστούν τη φυλάκιση μια βάνουση μεταχείριση και μια αποτρόπαια εμπειρία. Είναι μάλλον σφέλεια να νομίζεται ότι η μεταχείριση αυτή μπορεί να ασκεί σημαντική εκφοβιστική εγκληματοπροληπτική επίδραση. Αντίθετα, εκτρέφει την απόγνωση, την ανευθυνότητα, την εκδικητικότητα και δημιουργεί το κατάλληλο πλαίσιο για την περαιτέρω εγκληματική ωρίμανση των φυλακισμένων.

Η επιτυχής λειτουργία μιας θεραπευτικής κοινότητας στα πλαίσια του σωφρονιστικού συστήματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εκπαίδευση και την εργασιακή απόδοση του σωφρονιστικού και του θεραπευτικού προσωπικού. Πολλοί κρατούμενοι με αλληπάλληλες εμπειρίες ματαίωσης συμπεριφέρονται προκλητικά, με ασυνείδητο στόχο να καταστρέψουν τη δυνατότητα συναισθηματικής σχέσης, η ο-

ποία αναπαράγει γι' αυτούς τον κίνδυνο νέων απορρίψεων και ματαιώσεων. Αν το προσωπικό παρασυρθεί σε αντιδράσεις εκδίκησης και ανταπόδοσης, εγκαινιάζεται ένας φαύλος κύκλος σαδομαζοχιστικών σχέσεων. Αντίθετα, η σταθερή, ψυχραιμη, μη τιμωρητική συμπεριφορά μπορεί να δημιουργήσει ένα πλαίσιο συναισθηματικών εγγυήσεων, το οποίο σε συνδυασμό με το γενικότερο κλίμα της θεραπευτικής κοινότητας θα ευνοήσει τις λιγότερο δυσπροσαρμοστικές, αυτοκαταστροφικές αντιδράσεις των φυλακισμένων.

Προβλήματα μπορεί να ανακύψουν και στις σχέσεις των σωφρονιστικών υπαλλήλων και των μελών της θεραπευτικής ομάδας μεταξύ τους, ιδίως αν υπάρχουν διαφορές στην εκπαίδευση και στην ιδεολογία. Ένα μέρος του προσωπικού μπορεί να εξιδανικεύσει τους κρατούμενους και να ταυτίζεται υπερβολικά μαζί τους, ενώ ένα άλλο μπορεί να διαφωνεί με τον τρόπο λειτουργίας της θεραπευτικής κοινότητας, και συνειδητά ή ασυνείδητα να την υποσκάπτει. Είναι προφανές ότι τα προβλήματα αυτά πρέπει να συζητούνται έγκαιρα και συστηματικά με τον κατάλληλο τρόπο (π.χ. σε ομάδες ευαισθησίας του προσωπικού).

Πολλά ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε θεραπευτικής κοινότητας, εξαρτώνται από τις ειδικές συνθήκες, το υλικό των μελών της, την ιδεολογία των θεραπευτών. Ορισμένες από αυτές λειτουργούν υπό συνθήκες ανάλογες ενός κέντρου σκληρής στρατιωτικής εκπαίδευσης, ενώ άλλες έχουν ένα περισσότερο χαλαρό πρόγραμμα, μερικές διοικούνται συγκεντρωτικά, ενώ άλλες αυτοδιοικούνται δημοκρατικά. Άλλοτε τα προβλήματα των μελών της κοινότητας, προσεγγίζονται, ερμηνεύονται, αντιμετωπίζονται με πρίσμα ψυχαναλυτικό (π.χ. ενθαρρύνεται η παλινδρόμηση και επιδιώκεται η εκ νέου ενηλικίωσή τους), άλλοτε η θεραπευτική προσπάθεια επικεντρώνεται σε εκμάθηση νέων συμπεριφορών και δεξιοτήτων.

Η μέχρι σήμερα εμπειρία από τη λειτουργία θεραπευτικών κοινοτήτων με μέλη καταδίκους παραβάτες έδειξε, όπως ήδη αναφέρθηκε, ότι αυτές βοηθούν στη βελτίωση της γενικής ψυχικής διάθεσης (π.χ. μειώνουν την κατάθλιψη), ενισχύουν την αυτοεπίγνωση, τον αυτοέλεγχο, την αυτοεκτίμηση, αυξάνουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να διαμορφώνει περισσότερο ρεαλιστική εικόνα της πραγματικότητας, χωρίς να χρησιμοποιεί δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς άμυνας, όπως η άρνηση, η προβολή, η εκδραμάτιση, η σχάση, και να επιλέγει περισσότερες προσαρμοστικές συμπεριφορές.¹⁸ Δυστυχώς όμως, φαίνεται ότι η διατήρηση των μεταβολών εκτός του περιβάλλο-

ντος της κοινότητας είναι προβληματική. Ορισμένες έρευνες έδειξαν ότι η συχνότητα εγκληματικής υποτροπής πρώην φυλακισμένων σε μονάδες οργανωμένες κατά τα πρότυπα μιας θεραπευτικής κοινότητας μετά την αποφυλάκισή τους δεν μειώνεται αισθητά.¹⁹

Τα ευρήματα αυτά, έθεσαν σε αμφισβήτηση τα συστήματα αγωγής των κρατουμένων με στόχο τη βελίωση τους, τα οποία είναι και αρκετά δαπανηρά. Είναι πιθανό πάντως ότι τα αποθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα οφείλονται είτε σε ατέλειες ορισμένων τρόπων οργάνωσης και λειτουργίας των θεραπευτικών κοινοτήτων, είτε (και) στην έλλειψη επαρκούς υποστήριξης προς τους αποφυλακισμένους, οι οποίοι εμπλέκονται σε φαύλους κύκλους προβλημάτων (π.χ. διάλυση της οικογένειας, ανεργία, εξαθλίωση). Τα προβλήματα αυτά λειτουργούν ως ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και αναζωπυρώνουν παλαιούς δυσπροσαρμοστικούς τρόπους συμπεριφοράς. Συνεπώς κατά την εκτίμηση του γράφοντος, πιθανώς τα αποτελέσματα θα ήταν καλλίτερα αν, (όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως), στα πλαίσια της σωφρονιστικής αντιμετώπισης των παραβατών, οι τομεοποιημένες μονάδες σωφρονισμού, για τις οποίες έγινε λόγος προηγουμένως αναλαμβάναν τη συνέχιση της φροντίδας του αποφυλακισμένου, ο οποίος μπορεί για μια μεταβατική περίοδο να τελεί υπό καθεστώς δοκιμαστικής αποφυλάκισης, μέχρι να σταθεροποιηθεί στην κοινωνική ζωή του τόπου στον οποίο διαμένει. Κατ' αναλογία του τρόπου λειτουργίας του συστήματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι δυνατόν να δημιουργηθούν ενδιάμεσες δομές, προστατευόμενοι χώροι, υποστηρικτικά συστήματα, με τη μορφή υπηρεσιών εξωσωφρονιστικής παρακολούθησης και στήριξης των υπότροπων ιδίως παραβατών. Σε ορισμένες χώρες η δημιουργία μηχανισμών, παρακολούθησης και υποστήριξης και η υποχρεωτική υπαγωγή σε αυτούς ατόμων που διέπραξαν σοβαρές παραβάσεις, έδωσε ενθαρρυντικά αποτελέσματα.²⁰

*
* *

Ανάλογα με τα ανωτέρω ισχύουν και για το πλαίσιο θεραπευτικής αγωγής και βελίωσης των ανήλικων παραβατών. Σε άλλο κεφάλαιο περιγράφονται οι νομικά προβλεπόμενοι τρόποι σωφρονιστικής μεταχείρισης των παραβατών αυτής της κατηγορίας (επίπληξη, ανάθεση της επιμέλειας, μέτρα αναμορφωτικού χαρακτήρα, ποινές σωφρονισμού). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η συμπεριφορά των ανήλι-

κων μπορεί να βελτιωθεί αν παρασχεθεί κατάλληλη υποστήριξη και διαπαιδαγώγηση προς τους γονείς τους, (π.χ. συμβουλευτική ανάπτυξη δεξιοτήτων γονεϊκής φροντίδας, θεραπεία οικογένειας).

Οι ανήλικοι παραβάτες, στους οποίους επιβάλλονται μέτρα αναμόρφωσης, βελτιώνονται αν ζουν σε θεραπευτικά προσανατολισμένο περιβάλλον (π.χ. σε ιδιαίτερες θεραπευτικές κοινότητες). Σε ορισμένες χώρες οι κοινότητες αυτές αποτελούνται από εφήβους που ζουν σε ένα σπίτι με την επίβλεψη ενός ζεύγους εκπαιδευμένων «γονέων-παιδαγωγών».²¹ Ο γράφων έχει υπόψη του μια κοινότητα για γερμανούς εφήβους σε ένα εγκαταλειμμένο χώρο του Έβρου. Τα μέλη της κοινότητας ζουν εκεί για μερικούς μήνες, ασχολούνται με αγροτικές εργασίες, και ύστερα μετακινούνται σε άλλα μέρη μακριά πάντα από την πατρίδα τους. Το πρόγραμμα επανεκπαίδευσής τους διαρκεί περίπου δύο χρόνια.

Όπως συμβαίνει και με τους ενηλίκους, η θεραπευτική κοινότητα βελτιώνει μεν, προσωρινά τουλάχιστον, τη συμπεριφορά, δεν περιορίζει όμως αισθητά την πιθανότητα υποτροπής, επομένως δεν προλαμβάνει την παραβατικότητα.²² Θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι και χωρίς ιδιαίτερη αγωγή, το 50% περίπου των ανήλικων με διαταραχές της διαγωγής βελτιώνεται κατά την ενήλικη ζωή. Πιθανώς, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, τα αποτελέσματα μπορεί να είναι καλλίτερα αν οργανωθεί το σύστημα ελέγχου και υποστήριξης των ανήλικων παραβατών μετά την περίοδο της αναμορφωτικής τους αγωγής.

*
* *

Η θεραπευτική αγωγή των ατόμων, τα οποία παρουσιάζουν εξάρτηση από ψυχοτρόπα μπορεί να διακριθεί σχηματικά σε τρεις φάσεις: α) σωματική απεξάρτηση β) ψυχική απεξάρτηση γ) κοινωνική επανένταξη.²³

Κατά την φάση της σωματικής απεξάρτησης αντιμετωπίζεται το στερητικό σύνδρομο το οποίο προκαλείται από τη διακοπή της χρήσης της ουσίας (π.χ. οπιοειδούς, βενζοδιαζεπίνης, βαρβιτουρικού, οινοπνεύματος). Τα περισσότερα από τα άτομα που είναι εξαρτημένα από οπιοειδή αναγκάζονται να απεξαρτηθούν χωρίς ιατρική βοήθεια αρκετές φορές κάθε χρόνο λόγω του ότι δεν έχουν τη δυνατότητα προμήθειας της ουσίας. Για την αντιμετώπιση των στερητικών συ-

μπτωμάτων από τη χρήση οπιοειδών μπορεί να χορηγηθούν νευροληπτικά, β-αδρενεργικοί αναστολείς, αναλγητικά, για δύο εβδομάδες. Επίσης μπορεί να χορηγούνται υπό ιατρική παρακολούθηση, άλφα-2-νοραδρενεργικοί αγωνιστές (π.χ. κλονιδίνη), οι οποίοι προκαλούν ως παρενέργειες υπόταση, καταστολή, ενεργοποίηση ψυχικών διαταραχών. Ορισμένοι προτείνουν τη χορήγηση κατά την περίοδο της σωματικής απεξάρτησης, (δηλαδή επί δύο περίπου εβδομάδες μετά τη διακοπή), μεθαδόνης σε εξατομικευμένες δόσεις. Πρόκειται για ένα οπιοειδές, το οποίο δεν προκαλεί αξιόλογη ευφορία. Το στερητικό σύνδρομο από τη διακοπή του είναι ελαφρό. Υπάρχουν οπαδοί και αντίπαλοι της θεραπευτικής χορήγησης μεθαδόνης. Οι πρώτοι υποστηρίζουν ότι αυτή αυξάνει το κίνητρο απεξάρτησης από επικίνδυνα ψυχοτρόπα. Οι δεύτεροι επισημαίνουν ότι ο χρήστης μεθαδόνης δεν αποκόπτεται από την ιδεολογία της εξάρτησης και κατά κανόνα υποτροπιάζει.

Περισσότερο επικίνδυνο είναι το στερητικό σύνδρομο το οποίο παρουσιάζεται ύστερα από απότομη διακοπή της χρήσης βαρβιτουρικών (π.χ. επιληπτικοί σπασμοί, μέχρι και status epilepticus, μεταξύ της 2ης και της 10ης ημέρας), ηρεμιστικών ή οίνοπνεύματος (π.χ. σπασμοί, σύγχυση, delirium tremens μεταξύ 2ης και 4ης ημέρας). Συνιστάται η σταδιακή διακοπή των ουσιών αυτών λόγω του κινδύνου εμφάνισης delirium tremens, και η προληπτική χορήγηση ηρεμιστικών και θειαμίνης.

Η σωματική απεξάρτηση υπό ιατρικό έλεγχο μπορεί να γίνει σε νοσοκομείο, σε χώρο που λειτουργεί ως θεραπευτική κοινότητα, με απλή παρακολούθηση την ασθενούς. Σε όλες τις περιπτώσεις έχει σημασία η ψυχολογική υποστήριξη του, η ενθάρρυνση του εξαρτημένου ατόμου να προχωρήσει στην προσπάθειά απεμπλοκής από τη χρήση των ψυχοτρόπων.

Η ψυχική απεξάρτηση είναι μια πολύ περισσότερο μακρόχρονη και κοπιώδης διαδικασία. Αποσκοπεί στο να καταστήσει το άτομο ικανό να μπορεί να αντιμετωπίσει τις ψυχοπαιστικές καταστάσεις και τις ματαιώσεις που παρουσιάζονται στη ζωή του χωρίς να καταφεύγει στη χρήση ψυχοτρόπων. Ορισμένες έρευνες μεταξύ ατόμων εξαρτημένων από διάφορες ουσίες, δείχνουν ότι μερικά από αυτά (ένα ποσοστό μη αμελητέο) καταφέρνουν χωρίς ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια να διακόψουν τη χρήση και να συνεχίσουν να απέχουν για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή. Αν και υπάρχουν μεταξύ ερευνητών διαφωνίες, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι με την κατάλληλη

θεραπευτική βοήθεια αυξάνεται το ποσοστό αυτών που απέχουν από τη χρήση ψυχοτρόπων για μακρό χρονικό διάστημα.

Η ψυχική απεξάρτηση είναι μια πολύ περισσότερο μακρόχρονη και κοπιώδης διαδικασία. Αποσκοπεί στο να καταστήσει το άτομο ικανό να μπορεί να αντιμετωπίσει τις ψυχοπαιστικές καταστάσεις και τις ματαιώσεις που παρουσιάζονται στη ζωή του, χωρίς να καταφεύγει στη χρήση ψυχοτρόπων. Ορισμένες έρευνες μεταξύ ατόμων εξαρτημένων από διάφορες ουσίες, δείχνουν ότι μερικά από αυτά (ένα ποσοστό μη αμελητέο) καταφέρνουν χωρίς ψυχιατρική ή ψυχολογική βοήθεια να διακόψουν τη χρήση και να συνεχίσουν να απέχουν για αρκετό χρονικό διάστημα μετά τη διακοπή.²⁴ Αν και υπάρχουν μεταξύ ερευνητών διαφωνίες, οι περισσότεροι υποστηρίζουν ότι με την κατάλληλη θεραπευτική βοήθεια αυξάνεται το ποσοστό αυτών που απέχουν από τη χρήση ψυχοτρόπων για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Διαδεδομένη μέθοδος για την επίτευξη ψυχικής απεξάρτησης είναι η διαμονή του εξαρτημένου ατόμου σε μια θεραπευτική κοινότητα. Υπάρχουν πολλές μορφές κοινοτήτων, για εξαρτημένα άτομα ανάλογα με τη χρονική διάρκεια του προγράμματος, το χρόνο παραμονής σε αυτές κατά τη διάρκεια της ημέρας, τη δυνατότητα επαφών με τον εξωτερικό κόσμο, τη μορφή της λειτουργίας. Σε μια αρκετά διαδεδομένη μορφή θεραπευτικής κοινότητας, το πρόγραμμα διαρκεί για πολλούς μήνες, μέχρι και λίγα χρόνια, τα άτομα διαμένουν στην κοινότητα όλο το 24ωρο και έχουν περιορισμένες επαφές με τον εξωτερικό κόσμο. Υπάρχει αυστηρή ιεραρχία και ένα πολύ δομημένο πρόγραμμα λειτουργίας. Παλαιότεροι αποθεραπευμένοι χρήστες έχουν αναλάβει ένα μεγάλο μέρος της διεύθυνσης των μονάδων αυτών και της επίλογής μεταξύ των υποψηφίων, αυτών που παρουσιάζουν γνήσιο θεραπευτικό κίνητρο, και θα γίνουν δεκτοί στο πρόγραμμα. Κατά την επικοινωνία τους με τους υποψηφίους για απεξάρτηση, οι «παλαιοί» χρησιμοποιούν ωμές, σκληρές εκφράσεις «της πιάτσας». Απαγορεύεται απόλυτα μέσα στην κοινότητα η χρήση ουσιών, η άσκηση βίας, η σύναψη σεξουαλικών σχέσεων μεταξύ των μελών. Ενθαρρύνονται οι ομαδικές δραστηριότητες, (οι οποίες καλύπτουν σχεδόν όλο το πρόγραμμα της ημέρας), η ευθύτητα και η αμεσότητα στην έκφραση των συναισθημάτων. Καλλιεργείται ένα πρότυπο ζωής που στηρίζεται στην αλληλεγγύη (σε αντιπαράθεση προς τον ανταγωνισμό), στο οικολογικό ιδανικό (σε αντιπαράθεση προς τον καταναλωτισμό).

Σε ορισμένες χώρες, στα πλαίσια της άποψης ότι ένας αυταρχικός, συγκεντρωτικός τρόπος οργάνωσης της ζωής στη θεραπευτική

κοινότητα, μπορεί να είναι περισσότερο αποτελεσματικός, έχουν δημιουργηθεί κέντρα αναδιαπαιδαγώγησης, τα οποία μοιάζουν ως προς την οργάνωση του χώρου, των σχέσεων, την πυκνότητα του προγράμματος, την απαιτητικότητα ακρίβειας και συνέπειας, την κειθαρχία, με μονάδα εκπαίδευσης ειδικών στρατιωτικών δυνάμεων. Ο κατάδικος παραβάτης, που παρουσιάζει πρόβλημα εξάρτησης μπορεί να επιλέξει αντί μιας μακροχρόνιας φυλάκισης την ολιγόμηνη υποβολή του σε αυτό το «σκληρό» πρόγραμμα αναδιαπαιδαγώγησης.

Τα αποτελέσματα από τη λειτουργία των θεραπευτικών κοινοτήτων για εξαρτημένα άτομα είναι αμφιλεγόμενα. Είναι πιθανό ότι οι περισσότεροι από τους χρήστες που ολοκληρώνουν το πρόγραμμα ψυχικής απεξάρτησης στα πλαίσια μιας κοινότητας, καταφέρνουν να απέχουν για μεγάλο χρονικό διάστημα από τη χρήση ψυχοτρόπων. Όμως, ακόμα και σε χώρες όπως η Ιταλία, με πολύ ανεπτυγμένα προγράμματα θεραπευτικών κοινοτήτων, οι χρήστες που εντάσσονται στα προγράμματα αυτά, και τα ολοκληρώνουν με επιτυχία, αποτελούν μια μικρή μειοψηφία μεταξύ των εξαρτημένων ατόμων (π.χ. στην Ελλάδα μερικές εκατοντάδες άτομα, δηλαδή περί το 1% των εξαρτημένων χρηστών, έχουν απαλλαγεί σταθερά από την εξάρτηση με τη βοήθεια τέτοιων προγραμμάτων). Κατά την εκτίμηση του γράφοντος, με δεδομένο και το πολύ υψηλό κόστος της λειτουργίας των προγραμμάτων αυτών, οι θεραπευτικές κοινότητες δε συνιστούν τη λύση του προβλήματος, αλλά μια δυνατότητα περιορισμού του, η οποία μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική για ένα μικρό ποσοστό εξαρτημένων ατόμων.

Εκτός από τις θεραπευτικές κοινότητες, για την αντιμετώπιση της εξάρτησης και την παροχή βοήθειας σε εξαρτημένα άτομα, δημιουργούνται ειδικές κλινικές, συμβουλευτικοί σταθμοί, κέντρα επανένταξης, τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, ομάδες αλληλοβοήθειας, οι οποίες αποτελούνται από πρώην χρήστες. Συνήθως, βασικοί στόχοι των μονάδων αυτών είναι: α) η ενίσχυση των κινήτρων για απεξάρτηση, β) η υποστήριξη των προσπαθειών του ασθενούς για αποχή (π.χ. ενθάρρυνση, καθησυχασμός ανησυχιών, προβολή προτύπων για ταύτιση), γ) η αύξηση της εναισθησίας (ιδίως όσον αφορά την αναγνώριση των συνεπειών της εξάρτησης), δ) η βοήθεια και συμπαράσταση στην αντιμετώπιση των τρεχόντων προβλημάτων ζωής, ε) η σταδιακή καλλιέργεια της ικανότητας του ατόμου να ανέχεται τις μεταπτώσεις, να ελέγχει τις παρορμήσεις του, να χρησιμοποιεί περισσότερο προ-

σαρμωστικούς μηχανισμούς άμυνας, δ) η παροχή συμβουλών, υποστήριξης στην οικογένεια του εξαρτημένου ατόμου.

Αξιζει να επισημανθεί ότι ορισμένες πρόσφατες έρευνες δίνουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα από την σχετικά βραχυχρόνια ενδονοσοκομειακή θεραπεία (45% των εξαρτημένων από οπιοειδή δεν έκαναν χρήση αρκετούς μήνες μετά την έξοδό τους).²⁵ Αν και όλα τα σχετικά στοιχεία πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη, αυτά μέχρι τώρα υποδεικνύουν ότι η διαδικασία ψυχικής απεξάρτησης πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε χρήστη, ότι καμιά ειδική μέθοδος δεν διαθέτει σαφή υπεροχή σε αποτελεσματικότητα, επομένως πρέπει να παρέχεται η ευκαιρία σε όλες τις αναγνωρισμένες μεθόδους να εφαρμόζονται και να τελειοποιούνται.

Πριν από κάθε θεραπευτική παρέμβαση σε ένα εξαρτημένο άτομο, είναι σκόπιμο να προηγηθεί κλινική ψυχιατρική εξέταση για την αναζήτηση της ύπαρξης και άλλης (εκτός από την εξάρτηση) ψυχικής διαταραχής. Έχει βρεθεί σε ένα δείγμα εξαρτημένων από οπιοειδή ότι η πλειοψηφία παρουσίαζε κάποια διαταραχή της προσωπικότητας (ιδίως αντικοινωνική διαταραχή) ή (και) της διάθεσης (ιδίως καταθλιπτικού τύπου), ενώ ένα 5% περίπου εμφάνιζε εκδηλώσεις σχιζοφρενικού τύπου.²⁶ Αν και μένει αδιευκρίνιστο σε ποιο βαθμό αυτές οι διαταραχές είναι πρωτογενείς ή δευτερογενείς σε σχέση με την εξάρτηση, η ύπαρξή τους μπορεί να δώσει άλλη κατεύθυνση στη θεραπευτική παρέμβαση. Πρώτα αντιμετωπίζεται το τυχόν υπάρχον κλινικό σύνδρομο (π.χ. μια ψυχωσική συνδρομή, μια βαριά κατάθλιψη), στη συνέχεια η εξάρτηση και η διαταραχή της προσωπικότητας.

Όπως αναφέρθηκε ήδη η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση πρέπει να εκτείνεται στις οικογένειες των εξαρτημένων ατόμων. Ανεξάρτητα από την τεχνική που χρησιμοποιείται κυριότεροι στόχοι της παρέμβασης είναι να αποδεχθεί η οικογένεια το πρόβλημα (να μην το συγκαλύπτει), να αποενοχοποιηθούν τα μέλη της, να ακολουθείται ενιαία γραμμή με τη θεραπευτική ομάδα στην αντιμετώπιση του χρήστη (και όχι να υποσκάπτεται το έργο της), να βελτιωθεί η ποιότητα της επικοινωνίας και των σχέσεων μεταξύ των μελών, να περιοριστεί η ασάφεια ορίων, ρόλων, ιεραρχίας, μηνυμάτων, να ελαττωθούν οι εκδηλώσεις υπερπροστασίας ή εχθρότητας και οι συγκρουσιακές καταστάσεις.

Ειδικά για τα άτομα που είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ, υποστηρίζεται ότι ορισμένες βιολογικές θεραπείες (συστηματική χορήγηση λιθίου, τιαπρίδης ή αναστολέων της πρόληψης της 5-υδροξυ-

τρυπαμίνης) αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης ψυχικής ανεξάρτησης. Εξάλλου μια φαρμακευτική ουσία, η δισουλφιράμη, προκαλεί απόκλιση στο μεταβολισμό της αιθυλικής αλκοόλης που οδηγεί στην παραγωγή ακεταλδεΐδης. Η ουσία αυτή δημιουργεί διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα (π.χ. έξαψη, ναυτία, πονοκέφαλο). Έτσι τα άτομα που βρίσκονται σε αγωγή με δισουλφιράμη υποχρεώνονται να μην καταναλίσκουν οινόπνευμα. Σε ορισμένες χώρες, (όχι όμως στην Ελλάδα), εφαρμόζεται, για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού, η υποχρεωτική χορήγηση δισουλφιράμης υπό επίβλεψη, δύο φορές την εβδομάδα. Αλκοολικοί ή βαρείς πότες παραβάτες του νόμου, ή και μη παραβάτες (π.χ. υπάλληλοι, οι οποίοι λόγω της ροπής τους προς το αλκοόλ, είναι υπό απόλυση), μπορεί να αποδεχθούν (στην περίπτωση των υπό απόλυση υπαλλήλων ύστερα από συνεννόηση εργοδότη-συνδικάτου), ως εναλλακτική λύση έναντι μιας δυσμενούς συνέπειας (φυλάκιση, απώλεια της άδειας οδήγησης, απόλυση) την υποβολή σε θεραπεία με δισουλφιράμη. Οι περισσότερες έρευνες βρίσκουν τα αποτελέσματα αυτής της μεθόδου αντιμετώπισης του αλκοολισμού ικανοποιητικά. Θα πρέπει να εξεταστεί το ζήτημα της χρησιμοποίησής της και στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της εξάρτησης λειτουργεί ένας ιδιωτικός επιδοτούμενος φορέας το ΚΕ.Θ.Ε.Α. (Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων), το οποίο περιλαμβάνει τις εξής μονάδες: Κέντρο Ενημέρωσης «Πήγασος» (κινητή μονάδα ενημέρωσης), Πρόγραμμα Οικογενειακής Θεραπείας (για τις οικογένειες χρηστών), Ανοικτό Θεραπευτικό Πρόγραμμα (για τον προσανατολισμό των χρηστών προς μια θεραπευτική κοινότητα), Ιθάκη (θεραπευτική κοινότητα η οποία λειτουργεί από το 1983), Στροφή (θεραπευτική κοινότητα, που παρέχει και ανοικτή θεραπεία, χωρίς πλήρη διαμονή του πρώην χρήστη), Παρέμβαση (κοινότητα, που αναπτύσσει δραστηριότητες κοινωνικής προσφοράς), Έξοδος (θεραπευτική κοινότητα στη Θεσσαλία), Κέντρο Κοινωνικής Επανάταξης (με στόχο την επαγγελματική εκπαίδευση και κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών).

Αξιόλογη προσπάθεια για τη θεραπεία (χωρίς τη χρήση υποκαταστάτων) και την κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη εξαρτημένων ατόμων καταβάλλεται στα πλαίσια προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται από κρατικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, ιδίως στην Αθήνα και τη Θεσ/νίκη (π.χ. από το Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών). Επίσης σε αρκετές συνοικίες και

επαρχιακές πόλεις έχουν δημιουργηθεί κέντρα ενημέρωσης και συμβουλευτικοί σταθμοί.

Θεραπευτικές, με την ευρεία έννοια της λέξης, μέθοδοι ή παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της εξάρτησης θεωρούνται η ιατρική χορήγηση αθωότερων υποκαταστάτων (π.χ. μεθαδόνης αντί ηρωίνης), και η υπό όρους ιατρική χορήγηση της απαγορευμένης ουσίας. Υποστηρίζεται ότι έτσι μπορεί να μειωθούν η ένταση της εξάρτησης και ορισμένες βλαπτικές συνέπειές της (π.χ. η δευτερογενής εγκληματικότητα). Για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα αυτών των μεθόδων και παρεμβάσεων γίνεται λόγος σε προηγούμενο κεφάλαιο. Ο νόμος για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών που ψηφίστηκε πρόσφατα στην Ελλάδα, προβλέπει τη δυνατότητα δημιουργίας κέντρων για χορήγηση απαγορευμένων ψυχοτρόπων σε εξαρτημένα άτομα υπό κρατικό και ιατρικό έλεγχο.

Παρόλο που ορισμένες νεότερες ενδείξεις πείθουν ότι οι θεραπευτικές δυνατότητες για την αντιμετώπιση του προβλήματος της εξάρτησης δεν είναι τόσο απογοητευτικές όσο νομιζόταν παλαιότερα, πολλά προβλήματα μένουν άλυτα. Δεν είναι ακόμα γνωστό: Ποια μέθοδος υπερτερεί και σε ποιες περιπτώσεις. Ποιες είναι οι ευρύτερες πολιτικές και πολιτιστικές συνέπειες από τη χρήση κάθε μεθόδου. Πόσο κάθε μέθοδος θα επηρεάσει στο μέλλον την επιδημιολογία και τους τρόπους εκδήλωσης της εξάρτησης.

Είναι πιθανό ότι τα καλλίτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν σε ένα γενικό κλίμα ψυχραιμίας, χωρίς εκδηλώσεις πανικού και καταστροφολογίας, χωρίς ιδεολογικές προκαταλήψεις και ανάλογες διακηρύξεις, αναθέματα, μαγικές λύσεις, άσκοπες αντιπαραθέσεις, σχεδιάζονται με ευελιξία προγράμματα πρόληψης, μετριασμού της εξάρτησης ή ριζικής θεραπείας, ώστε να προσφέρονται πλούσιες εναλλακτικές δυνατότητες ανάλογα με την προσωπικότητα, τις ανάγκες του χρήστη, τις ευρύτερες πολιτιστικές και κοινωνικές συνθήκες. Έτσι π.χ. ένας μεσόκοπος αλκοολικός και ένας έφηβος χρήστης ηρωίνης, πιθανώς να ανταποκρίνονται καλλίτερα σε διαφορετικά προγράμματα καθένas τους. Κάθε χρήστης ανάλογα με το αν παρουσιάζει και άλλες ψυχικές διαταραχές, ή με το αν ζει σε μια φτωχότερη μεγαλούπολη ή στην ύπαιθρο έχει και άλλες προτεραιότητες αναγκών. Επίσης ο αντίκτυπος από την εφαρμογή κάθε προγράμματος σε κάθε κοινότητα θα είναι διαφορετικός.

Μέχρι πρόσφατα στην Ελλάδα είχε επιλεγεί η «σκληρή» γραμμή αντιμετώπισης, που επικεντρώνεται στην πρωτογενή πρόληψη και σε

θεραπευτικά προγράμματα οριστικής ρήξης του χρήστη με την ουσία. Φαίνεται όμως ότι σταδιακά ωριμάζει η ανάγκη να υιοθετηθεί ένας περισσότερο πλουραλιστικός τρόπος προσέγγισης του προβλήματος. Πρόκειται για μια ελπιδοφόρα εξέλιξη, η οποία εκφράζει και παράλληλα επιταχύνει σημαντικές εξελίξεις όχι μόνο στον τρόπο σύλληψης του προβλήματος της εξάρτησης, αλλά και στη γενικότερη συλλογιστική για τα δικαιώματα, τις υποχρεώσεις, τις ανάγκες των ανθρώπων.

*
* *

Το πρόβλημα της θεραπευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών της προσωπικότητας, απασχολεί ιδιαίτερα τη σύγχρονη Ψυχιατρική. Οι περισσότεροι από τους επιστήμονες που ασχολήθηκαν συστηματικά με το ζήτημα αυτό υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα των μεθόδων που χρησιμοποιούνται είναι μέτρια ή και απογοητευτικά. Η θεραπευτική προσπάθεια δυσχεραίνεται κυρίως επειδή: α) Οι εκδηλώσεις των διαταραχών της προσωπικότητας είναι εγωσυντονικές (το άτομο τις θεωρεί στοιχείο της ταυτότητάς του, έκφραση του εαυτού του). β) Πολλοί από όσους παρουσιάζουν αυτές τις διαταραχές βρίσκονται κοντά στα όρια της βαριάς κατάθλιψης ή της ψύχωσης, ζουν με τη διαρκή απειλή μιας σοβαρότερης ψυχικής αποδιοργάνωσης, από την οποία προστατεύονται μέσω του συγκεκριμένου τρόπου οργάνωσης της προσωπικότητά τους. γ) Δεν υπάρχουν ικανοποιητικές βιολογικές θεραπείες αυτών των διαταραχών. δ) Συχνά ο θεραπευόμενος δεν έχει τη δυνατότητα να αναπτύξει αυθεντική συναισθηματική σχέση με τη θεραπευτική ομάδα.

Όπως αναφέρθηκε ήδη σε προηγούμενες παραγράφους, μέθοδος επιλογής για τη θεραπευτική αγωγή πολλών εφήβων με διαταραχές της διαγωγής και ενηλίκων με διαταραχές της προσωπικότητας (ιδίως αντικοινωνικού τύπου) είναι η μακρόχρονη διαβίωση σε θεραπευτικές κοινότητες. Με αυτή τη μέθοδο οι περισσότεροι ασθενείς προσωρινά βλετιώνονται, υπάρχουν όμως αμφιβολίες κατά πόσον το αποτέλεσμα αυτό διατηρείται για πολύ έξω από το υποστηρικτικό περιβάλλον της κοινότητας. Για την επίτευξη ή την ενίσχυση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων τόσο στα πλαίσια της θεραπευτικής κοινότητας, όσο και εκτός αυτών, εφαρμόζονται διάφορες μορφές ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Οι περισσότερες ψυχαναλυτικής έμπνευσης ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις με ασθενείς αυτής της κατηγορίας έχουν υποστηρικτικό χαρακτήρα και αποφεύγουν τις ερμηνείες. Ο θεραπευτής προσπαθεί να δημιουργήσει, έναν όσο είναι δυνατό σταθερό δεσμό με το θεραπευόμενο, ενθαρρύνει προσωρινά ως ένα βαθμό την παλινδρόμηση και την εξάρτηση, οριοθετεί τη συμπεριφορά του, ενισχύει τους λιγότερο δυσπροσαρμοστικούς μηχανισμούς, τους οποίους αυτός διαθέτει (π.χ. ταυτίσεις με υγιή πρότυπα, μετουσιώσεις). Σταδιακά επιδιώκει να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση, να περιορίσει το φόβο, την ανασφάλεια, την απελπισία, την οργή που του προκαλεί η απειλή ακόμα και η σκέψη μιας ενδεχόμενης ματαίωσης. Ένας περαιτέρω στόχος είναι η καλλιέργεια της εμπαιθητικής ικανότητας του θεραπευόμενου.

Ειδικά για ασθενείς με χαρακτηριστικά μεταιχμιακής προσωπικότητας, ορισμένοι συγγραφείς προτείνουν την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή εμφανίζουν συναισθηματική αστάθεια, δυσκολία στην απαρτίωση μιας προσωπικής ταυτότητας, αδυναμία σύναψης σταθερών συναισθηματικών σχέσεων, παρορμητικές αντιδράσεις εκδραμάτισης. Στο υπόβαθρο αυτών των εκδηλώσεων συχνά υπάρχουν εμπειρίες απουσίας, εγκατάλειψης, έλλειψης στοργής και συνέπειας από τους γονείς κατά τη νηπιακή ηλικία. Ο θεραπευτής καθίσταται ένα νέο γονεϊκό πρότυπο το οποίο προστατεύει, δεν απορρίπτει, και αποτελεί πρότυπο για ταυτίσεις. Παράλληλα ανάλογα με τις δυνατότητες και την ανθεκτικότητα του Εγώ του θεραπευόμενου, συζητά και διευκρινίζει τις σχέσεις του μαζί του, χρησιμοποιεί την τεχνική της αντιπαράθεσης, και με κατάλληλες ερμηνείες τον βοηθά να υιοθετήσει μια περισσότερο εναισθητική αντίληψη των αιτιών της συμπεριφοράς του.

Υποστηρίζεται ότι η ομαδική ψυχοθεραπεία ατόμων με διαταραχές της προσωπικότητας παρουσιάζει πλεονεκτήματα έναντι της ατομικής. Μεταξύ των πλεονεκτημάτων αναφέρεται η μεγαλύτερη δυνατότητα της ομάδας (ως όλου) και των μελών της (ως μονάδων), να διακινούν συναισθηματικές αντιδράσεις, να ενισχύουν την εμπαιθητική ικανότητα, να βοηθούν τον κάθε θεραπευόμενο να έχει μια σαφέστερη εικόνα της πραγματικότητας και της θέσης του σε αυτήν. Μερικές φορές αυτά που συμβαίνουν στο «εδώ και τώρα» της ομάδας, γεννά έντονες συγκινήσεις, προκαλεί την αναβίωση σημαντικών εμπειριών του παρελθόντος, βοηθά το άτομο να κατανοήσει πλήρτερα τα κίνητρά του, το περιεχόμενο συγκεκριμένων πράξεων.²⁷ Χαρακτηριστι-

κό παράδειγμα τέτοιας διεργασίας είναι το ψυχόγραμμα, μια από τις μορφές της ομαδικής θεραπείας.

Οι συμπεριφερολογικές έμπνευσης θεραπείες έχουν λιγότερο φιλόδοξους στόχους. Αποβλέπουν στην εξάλειψη συγκεκριμένων δυσπροσαρμοστικών συνθηκών και στην αντικατάστασή τους από άλλες περισσότερο επιθυμητές. Μεταξύ των χρησιμοποιούμενων τεχνικών είναι η θεραπεία με «κουπόνια» (παροχή προκαθορισμένων επιβραβεύσεων-θετικών ενισχύσεων ή ποινών-αρνητικών ενισχύσεων για κάθε βήμα προόδου ή οπισθοδρόμησης του θεραπευόμενου)²⁸, η απευαισθητοποίηση (αποσύνδεση των επιθυμητών συμπεριφορών από αρνητικές ενισχύσεις, οι οποίες εμποδίζουν την πραγματοποίησή τους, π.χ. το άτομο φαντασιώνει ή παρακολουθεί σε προβολή φιλμ την «ορθή» συμπεριφορά η οποία του προκαλούσε άγχος, ενώ βρίσκεται σε χαλάρωση), η εξάλειψη (αποσύνδεση των ανεπιθύμητων αντιδράσεων από θετικές ενισχύσεις, π.χ. αντιμετώπιση της λεκτικής επιθετικότητας με ηρεμία ή με αδιαφορία και όχι με ταραχή, ανησυχία ή απόγνωση, που συχνά αποτελούν θετικές ενισχύσεις) η αποστροφή (σύνδεση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς με αρνητικές ενισχύσεις, π.χ. το άτομο δέχεται επώδυνα ερεθίσματα ενώ φαντασιώνει ή παρακολουθεί τη συμπεριφορά αυτή), η μίμηση προτύπου (π.χ. παρακολούθηση του θεραπευτή ή ενός άλλου θετικού προτύπου ενώ εκδηλώνει την επιθυμητή συμπεριφορά), η αυτοενίσχυση (π.χ. το άτομο δοκιμάζει την υπό εκμάθηση συμπεριφορά και διδάσκεται να επιβραβεύει τον εαυτό του για κάθε επιτυχία). Μεταξύ των ανεπιθύμητων συμπεριφορών των οποίων επιδιώκεται η εξάλειψη, συγκαταλέγονται οι επιθετικές παρορμητικές αντιδράσεις, οι οποίες συνδέονται με παραβάσεις του ποινικού νόμου, οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις, η τάση για κατάχρηση ψυχοτρόπων.

Κατά το σχεδιασμό μιας συμπεριφερολογικής θεραπευτικής παρέμβασης αναλύεται η ανεπιθύμητη συμπεριφορά (σε ποιες συνθήκες εμφανίζεται, πώς εκδηλώνεται, με ποιες συγκινησιακές αντιδράσεις συνδυάζεται, πώς συνδέεται με τις πεποιθήσεις και τις αξιολογήσεις του ατόμου), συγκεκριμενοποιούνται οι επιθυμητοί εναλλακτικοί στόχοι, και η διαδικασία επίτευξής τους (συχνά η επιδιωκόμενη αλλαγή προωθείται σταδιακά, «βήμα με βήμα»), επιδιώκεται η εξασφάλιση της συμμετοχής του θεραπευόμενου στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Συμπληρωματικά προς τις ανωτέρω μεθόδους παρέχεται στο άτομο εκπαίδευση και πληροφόρηση για ζωτικά ζητήματα τα οποία αγνοεί (π.χ. για τις δυσμενείς συνέπειες της συμπεριφοράς του), και καλ-

λιεργούνται ικανότητες και δεξιότητες στις οποίες υστερεί (π.χ. τεχνικές λύσης προβλημάτων, λήψης αποφάσεων, διαπραγμάτευσης διεκδίκησης). Ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αναγνωρίζει και να αποφεύγει τις επικίνδυνες καταστάσεις (π.χ. να αντιλαμβάνεται έγκαιρα ότι είναι θυμωμένος), να χαλαρώνει.

Μερικές φορές οι συμπεριφερολογικές τεχνικές συνδυάζονται με γνωσιακές μεθόδους.²⁹ Το άτομο εκπαιδεύεται να αναγνωρίζει, να καταγράφει και να ελέγχει τις αυτόματες σκέψεις του, οι οποίες συνδυάζονται με δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις. Έτσι π.χ. συχνά η εξάρση του θυμού και η βίαιη επιθετική δραστηριότητα ενισχύονται από αυτόματα ενεργοποιούμενες ιδέες απειλής, αυτουποτίμησης, απώλειας ελέγχου της κατάστασης, χρέους και ευθύνης για εκδίκηση και αποκατάσταση της δικαιοσύνης, που έχουν συχνά υπερβολικό, παράλογο, εξωπραγματικό χαρακτήρα. Ο θεραπευόμενος μαθαίνει να αναγνωρίζει την εμφάνιση αυτών των ιδεών να τις καταγράφει, να τις ελέγχει λογικά, να τις αντικαθιστά με περισσότερες ρεαλιστικές εκτιμήσεις και αποφάσεις. Περαιτέρω, βοηθείται να συνειδητοποιήσει την ύπαρξη σταθερών δυσλειτουργικών πεποιθήσεων, οι οποίες εκφράζουν και παράλληλα ενισχύουν πλευρές του χαρακτήρα του, συνήθειες, ροπές των οποίων επιδιώκεται η αλλαγή (π.χ. «μόνο με τη βία λύνονται τα προβλήματα», «δεν μπορώ να αλλάξω»). Η λογική αμφισβήτηση αυτών των απόψεων μπορεί να επιφέρει τροποποίηση των συναφών δυσλειτουργικών συνθηκών.

Είναι σκόπιμο οι ειδικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στα άτομα με διαταραχή της προσωπικότητας να ασκούνται μέσα σε ένα δομημένο κοινωνιοθεραπευτικό πλαίσιο (π.χ. σε θεραπευτικές κοινότητες). Για το ζήτημα αυτό ισχύουν όσα αναφέρθηκαν σε προηγούμενες παραγράφους με αφορμή το πρόβλημα της θεραπευτικής μεταχείρισης ατόμων που έχουν καταδικαστεί σε ποινές που στερούν την ελευθερία.

Υποστηρίζεται ότι ορισμένες βιολογικές φαρμακευτικές θεραπείες ασκούν βελτιωτική επίδραση στην επιθετική παρορμητική συμπεριφορά (π.χ. σε καταστάσεις διαλείπουσας εκρηκτικής διαταραχής). Συνήθως χρησιμοποιούνται καρβαμαζεπίνη, λίθιο, β-αναστολείς.³⁰ Η χρήση ψυχοχειρουργικών μεθόδων για την αντιμετώπιση ακραίων παρορμητικών αντιδράσεων χρησιμοποιείται σπάνια σε ορισμένες χώρες (όχι όμως στην Ελλάδα) ως ύστατη εναλλακτική δυνατότητα.³¹

Η θεραπευτική αγωγή των ατόμων, τα οποία παρουσιάζουν σεξουαλικές παρεκκλίσεις μπορεί να αποβλέπει στην αντιμετώπιση είτε της παρέκκλισης καθεαυτής, είτε άλλων ψυχικών διαταραχών, οι οποίες συχνά συνυπάρχουν και την προκαλούν ή την επιδεινώνουν. Σημαντικό τμήμα πολλών προγραμμάτων αγωγής, τα οποία συνήθως έχουν εκλεκτικό χαρακτήρα και ενσωματώνουν στοιχεία από διάφορες σχολές, αποτελεί η σεξουαλική αγωγή και η διόρθωση εσφαλμένων προκαταλήψεων για τη σεξουαλική λειτουργία³². Επίσης, το άτομο βοηθείται να αναγνωρίζει και να ανέχεται το άγχος και την απειλή ματαίωσης, που του γεννά η προοπτική επικοινωνίας με άλλο άτομο ή σεξουαλικής σχέσης. Καθοδηγείται η αναζήτηση σε παλαιότερους τραυματισμούς των πηγών παρόντων αρνητικών συναισθημάτων και προκαταλήψεων για τη σεξουαλική λειτουργία. Εφαρμόζεται επίσης τεχνική εξάλειψης ή αποστροφής της ανεπιθύμητης σεξουαλικής συμπεριφοράς και ενίσχυσης της επιθυμητής. Το άτομο βοηθείται να αναγνωρίζει και να ανέχεται το άγχος και την απειλή ματαίωσης που δημιουργεί η ισότιμη σχέση, η εκδήλωση και αναζήτηση στοργής και τρυφερότητας. Αν συνυπάρχουν και σεξουαλικές δυσλειτουργίες (π.χ. πρόωγη εκσπερμάτωση, δυσπαρέυνια) μπορεί να χρησιμοποιηθεί θεραπεία σεξ, ή θεραπεία ζεύγους. Αν η παρέκκλιση συνιστά επίμερους έκφραση μιας διαταραχής της προσωπικότητας, τότε η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να προσανατολιστεί ανάλογα.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να είναι μερικές φορές χρήσιμη, ιδίως όταν η αποκλίνουσα συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα έξαρσης της σεξουαλικής διέγερσης, η οποία δε μπορεί να ικανοποιηθεί (π.χ. απόπειρες βιασμού από άτομα με οργανική βλάβη του εγκεφάλου). Χρησιμοποιούνται κυρίως αντι-ανδρογόνα (κυπροτερόνη) και νευροληπτικά, που ελαττώνουν τη σεξουαλική διέγερση.³³ Κατά την επιλογή τέτοιων θεραπειών θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα δεοντολογικά προβλήματα που τίθενται ιδίως όταν υπάρχει κίνδυνος μονιμότερου επηρεασμού της σεξουαλικής λειτουργίας.

Η διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της αποχής από την εκδήλωση της σεξουαλικής παρέκκλισης βοηθείται με τη δημιουργία υποστηρικτικών συστημάτων όπως οργανώσεων αλληλοβοήθειας, τηλεφωνικών γραμμών και κέντρων που προσφέρουν συμπαράσταση και ενίσχυση σε περίπτωση που το άτομο αισθάνεται ότι υπάρχει κίνδυνος να υποτροπιάσει.

Στην περίπτωση του τρανσεξουαλισμού χρησιμοποιείται ως μέθοδος θεραπείας η χορήγηση ορμονών και η χειρουργική επέμβαση έ-

τσι ώστε το σώμα του ατόμου να αποκτήσει χαρακτηριστικά όσο το δυνατόν περισσότερο όμοια με αυτά του φύλου της ψυχολογικής πρότιμης (π.χ. δημιουργία μαστών και ψευδοκόλπου, εκτομή πέους στους τρανσεξουαλικούς άνδρες). Σε περιπτώσεις γνήσιου τρανσεξουαλισμού ή πλειοψηφία (περίπου το 70%) αυτών που υποβλήθηκαν στη θεραπεία αυτή είναι ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματά της ενώ ένα μικρότερο ποσοστό (περίπου 7%) είναι έντονα δυσαρεστημένοι.^{34,35}



Στο τελευταίο τμήμα αυτού του κεφαλαίου παρουσιάζονται ορισμένα ζητήματα συνδεδεμένα με τη θεραπευτική αγωγή των θυμάτων παραβατικών πράξεων, ιδίως των θυμάτων σωματικής, ψυχολογικής, σεξουαλικής κακοποίησης.

Οι ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, ενεργό ψύχωση ιδίως σχιζοφρένεια, οργανικό ψυχικό σύνδρομο, υπερκινητικό σύνδρομο, νοητική καθυστέρηση) είναι θύματα βίαιης κακοποίησης πολύ συχνότερα από το γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται είτε στο ότι έχουν λιγότερες δυνατότητες υπεράσπισης του εαυτού τους, είτε στο ότι η παρουσία τους και η συμπεριφορά τους ενοχλεί, είτε και στο ότι φέρονται οι ίδιοι επιθετικά ή προκλητικά. Τόσο τα θύματα αυτής της κατηγορίας, όσο και αυτά, τα οποία δεν παρουσιάζουν προηγουμένως ψυχική διαταραχή, είναι επιρρεπή να εμφανίσουν ως συνέπεια της κακοποίησης βραχεία αντιδραστική ψύχωση, κατάθλιψη, αντιδραστικές διαταραχές προσαρμογής (π.χ. άγχος, φοβίες, σχολική απόσυρση, διαταραχές διαγωγής), ψυχοσωματικές νόσους, διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Μερικές φορές η βίαιη προσβολή ενεργοποιεί μια λανθάνουσα ή παροξύνει μια υπάρχουσα διαταραχή (π.χ. προκαλεί έκλυση ή υποτροπή μιας σχιζοφρένειας).

Για την πρόληψη των διαταραχών αυτών σε ορισμένες χώρες έχουν δημιουργηθεί διάφορα συστήματα παροχής υποστήριξης στα θύματα.^{36,37} Σε πολλές περιοχές της Μ. Βρετανίας το άτομο το οποίο υπέστη κακοποίηση έρχεται όσο το δυνατόν ταχύτερα σε επαφή με έναν εθελοντή από την κοινότητα, μέλος του τοπικού συλλόγου προστασίας θυμάτων, ο οποίος του δίνει τη δυνατότητα να μιλήσει για την εμπειρία του, να εκφράσει τα συναισθήματά του, το ενημερώνει

για τα δικαιώματά του, το καθησυχάζει, του προσφέρει συμπαράσταση (π.χ. το συνοδεύει κατά την επίσκεψη στον ανακριτή ή στο δικαστήριο). Στη χώρα αυτή, όπως και σε άλλες χώρες, υπάρχουν κέντρα για προστασία θυμάτων βιασμών, ή καταφύγια για κακοποιημένες γυναίκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις επιχειρείται η επικοινωνία και η συμφιλίωση δράστη και θύματος που μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα και για τους δύο. Η οριστική και ταχεία επίλυση του ζητήματος της αποζημίωσης του θύματος δρα προληπτικά και θεραπευτικά σε αρκετές περιπτώσεις.

Ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στα θύματα βίαιων επιθέσεων έχει και ο τρόπος της αρχικής αντιμετώπισής τους από τις αστυνομικές ιδίως αρχές. Η εμπαιχτική κατανόηση, ο καθυσυχασμός, η διακριτικότητα, η ενημέρωση για τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν, μπορεί να καταπραΰνουν συναισθήματα άγχους, ντροπής, ενοχής, απελπισίας. Η αντιμετώπιση του θύματος με συμπάθεια, διακριτικότητα από τον τύπο, ή από τους παράγοντες της δίκης κατά την ακροαματική διαδικασία, μπορεί να έχουν παρόμοιο ευεργετικό αποτέλεσμα, ενώ αντίθετα η περιφρόνηση, η αδιαφορία, ο διασυρμός, ή ο χλευασμός συνιστούν πολύ έντονα ψυχοτραυματικές εμπειρίες.

Η προληπτική, ενεργός, συστηματική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση από ειδικούς σε θέματα σοβαρής κακοποίησης έχει αμφίβολη αποτελεσματικότητα. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι μπορεί να ενισχυθούν οι τάσεις παλινδρόμησης του ατόμου, οι παιδικόμορφες αντιδράσεις, η αυτοεγκατάλειψη, η απελπισία. Αντίθετα, η απλή, έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση από έναν ειδικό για την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών, αγχωδών ή άλλων αντιδράσεων λόγω της κακοποίησης, μπορεί να έχει προληπτική αξία.

Για τη θεραπεία της διαταραχής από ψυχοτραυματικό στρες συνήθως συνδυάζεται φαρμακευτική αγωγή (αντιαγχώδη, αντικαταθλιπτικά) και ψυχοθεραπεία υποστηρικτικού τύπου. Ο ασθενής παροτρύνεται να μιλήσει εκτενώς για την εμπειρία του και να εκφράσει τα συναισθήματα οργής, ντροπής, ενοχών, θλίψης, βοηθείται να αντιληφθεί την αιτία των εκδηλώσεων που παρουσιάζει, να αναγνωρίσει τις συναισθηματικές του αντιδράσεις και τις εσφαλμένες και δυσλειτούργικες ιδέες που συνδέονται με αυτές (π.χ. την πεποίθηση ότι η συμπεριφορά του κατά την επίθεση που υπέστη ήταν ανόητη ή γελοία, ή άνανδρη, την εμμονή στη σκέψη ότι «αυτό μπορεί να ξανατύχει οποιαδήποτε στιγμή»), να εκφράσει λεκτικά το θυμό του, να κα-

τανοήσει και να απομυθοποιήσει τα κίνητρα και τη συμπεριφορά του δράστη και ενθαρρύνεται να επαναλάβει τις συνήθειες επαγγελματικές και κοινωνικές του δραστηριότητες. Η εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης μπορεί να είναι χρήσιμη.

Στην περίπτωση θυματοποίησης στα πλαίσια της οικογενειακής ζωής (κακοποίηση γυναίκας, παιδιού),^{18,20} σχεδόν σε όλες τις σοβαρές περιπτώσεις είναι αναγκαία η προσωρινή απομάκρυνση του δράστη ή του θύματος από την υπόλοιπη οικογένεια. Από την αρχική φάση του αποχωρισμού αναλαμβάνονται θεραπευτικές παρεμβάσεις, π.χ. θεραπεία ζεύγους, θεραπεία γονέα-παιδιού, θεραπεία οικογένειας, βελτίωση δεξιοτήτων που έχουν σχέση με την ανατροφή παιδιών, εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική υποστήριξη των μελών ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Μεταξύ των σταδιακά επιδιωκόμενων στόχων συγκαταλέγονται η αναγνώριση της ύπαρξης του προβλήματος (το οποίο συχνά συσκοτίζεται), ο εμποδισμός της διαπόμψευσης του μέλους το οποίο θεωρείται από τα άλλα ένοχο (μερικές φορές αυτό είναι το θύμα, που απειλεί την οικογενειακή συνοχή), ο καθησυχασμός των φόβων ότι επίκειται διάλυση της οικογένειας, η επεξεργασία των συναισθημάτων ντροπής, ενοχής, αηδίας, η υπευθυνοποίηση, η αναζήτηση μιας νέας ισορροπίας μεταξύ των μελών. Ορισμένοι συγγραφείς επισημαίνουν τα πενιχρά αποτελέσματα αυτών των παρεμβάσεων σε περιπτώσεις επανειλημμένης σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης του παιδιού και συνηγορούν υπέρ των λύσεων υιοθεσίας.

Βιβλιογραφία

1. Goffman E.: Asylums. Penguin. London, 1961.
2. Κουράκης Ν.: Εγκληματολογικοί Ορίζοντες σ. 19-34 εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1981.
3. Όπ. πρ. σημ. 2 σελ. 10-16.
4. Faulk M.: A Psychiatric Study of Men Serving a Sentence in Winchester Prison. *Medecine, Science and the Law*, 16:244-251, 1976.
5. Gunn J.: Psychiatry and the Prison Medical Service, pp. 126-152, in Gostin L. (ed.): *Secure Provision*, Tavistock, London, 1985.
6. Jemelka R., Trupin R., Chiles J.: The Mentally Ill in Prison: A Review. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(5):481-491, 1989.
7. Taylor P.J.: Psychiatric Disorder in London's Life-Sentenced Offenders. *British Journal of Criminology*, 26:63-78, 1986.

8. Bluglass R.: Psychiatric Study of Scottish Convicted Prisoners. MD Thesis. University of St Andrews. Scotland, 1966.
9. Coid J.: How Many Psychiatric Patients in Prison? *British Journal of Psychiatry*, 145:78-86, 1984.
10. Bluglass R.: Prisons and the Prison Medical Service, pp. 1321-1328, in Bluglass R., Bowden P. (eds): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, N. York, 1990.
11. Κουλούρης Ν.: Νοσοκομείο και Ψυχιατρείο Κρατούμενων Κορυδαλλού, σ. 48-54, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 1990.
12. Cooper D.: Pankhurst Prison: C. Wing, pp. 1329-1331, in όπ. πρ. σημ. 10.
13. Feldbrugge J.: The Van der Hoeven Clinic, Utrecht, pp. 1343-1345, in όπ. πρ. σημ. 8.
14. Bernheim J., de Montmollin M.-J.: A Special Unit in Gevene, pp. 1355-1357, in όπ. πρ. σημ. 8.
15. Snowden P.: Regional Secure Units and Forensic Services in England and Wales, pp. 1375-1386, in όπ. πρ. σημ. 10.
16. Φρατζεσκάκης Ι.: Το Σωφρονιστικό Σύστημα, Έκδοση Συλλόγου Συμπαραστάσης Κρατούμενων «Ο Ονήσιμος», Αθήνα, 1990.
17. Όπ. πρ. σημ. 2, σελ. 47-50.
18. Palmer T.: Correctional Intervention, Research Current Issues and Future Prospects. Heath. Lexington, Massachusetts, 1978.
19. Van Emmerik: TBR en Recidive, Staatsuitgeverij, Den Haag, 1985.
20. Harding J.: The Probation Service, pp. 1397-1405, in όπ. πρ. σημ. 10.
21. Hoefler S.A., Bernstein P.H.: Achievement Place: an Evaluative Review. *Criminal Justice and Behaviour*, 2:146-168, 1975.
22. McCord J.: A Thirty Year Follow-up of Treatment Effects' *American Psychologist*, 33:284-289, 1978.
23. Λιάππας Γ.: Ναρκωτικά: Εθιστικές Ουσίες, Κλινικά Προβλήματα, Αντιμετώπιση, σελ. 217-281, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1992.
24. Naldorf D.: Natural Recovery from Opiate Addiction: Some Sociopsychological Processes of Untreated Recovery, *Journal of Drug Issues*, 13:327, 1983.
25. Gossop M., Green L., Phillips G., Bradley B.: Lapse, Relapse and Survival among Opiate Addicts after Treatment. A Prospective Follow-up Study. *British Journal of Psychiatry*, 154:348-353, 1989.
26. Rounsaville B., Weissmann M., Wilber C., Wieber H.: Pathways to Opiate Addictions: An Evaluation of Differing Antecedents *British Journal of Psychiatry* 141:437-446, 1982.
27. Cox M.: The Psychotherapist as Assessor of Dangerousness, pp. 82-89 in: Hamilton J., Freeman H. (eds.): *Dangerousness: Psychiatric Assessment and Management*, Gaskell, Oxford, 1982.

28. Ayllon T., Millan M.A.: *Correctional Rehabilitation and Management: a Psychological Approach* Wiley, N. York, 1979.
29. Novaco R.W., *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment* Heath, Lexington Massachusetts, 1975.
30. Mattes J.A.: Psychopharmacology of Temper Outburst. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174:464-470, 1986.
31. Flor-Henry P.: Psychosurgery Yesterday and Today, a Review, pp. 279-301, in Dongier M., Wittkower E.E. (eds.): *Divergent Views in Psychiatry*, Harper and Row N. York, 1981.
32. Bancford J., Myerscough P., Schmidt G.: *Human Sexuality and its Problems*, pp. 429-435, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, N. York, 1983.
33. Walker P.A.: The Role of Antiandrogens in the Treatment of Sex Offenders, pp. 117-136, in: Qualls C., Brandon C., Winze J.P. Barlow D.H. (eds.): *The Preventions of Sexual Disorders* Plenum, N. York, 1978.
34. Brown J.C.: Transsexualism, pp. 705-710, in όπ. πρ. σημ. 10.
35. Blanchard R., Streiner B.W., Clemmensen L.H.: Gender Dysphoria, Gender Reorientation, and the Clinical Management of Transsexualism, *Journal of Consulting and Criminal Psychology*, 53:295-304, 1985.
36. Shapland J.: Victims of Violent Crime, pp. 577-585, in όπ. πρ. σημ. 10.
37. Maguire M., Corbett C.: The Effects of Crime and the Work of Victims Support Schemes. Final Report to the Home Office. Centre for Criminological Research, Oxford, 1987.
38. Bentovim A.: Family Violence: Clinical Aspects, pp. 543-561 in όπ. πρ. σημ. 10.
39. Αγάθωνος-Γεωργόπουλου Ε.: Κακοποίηση-Παραμέληση Παιδιών. Εμπειρία 11 ετών. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα, 1988.