

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Πολιτικές για τη Μετανάστευση, τις Κοινωνικές Διακρίσεις και την
Ιδιότητα του Πολίτη

**Ψυχική υγεία και ασυνόδευτοι ανήλικοι: Η διαταραχή
μετατραυματικού στρες. Μία ποιοτική μελέτη για την
αποτελεσματικότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε
ασυνόδευτα παιδιά**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Απόστολος Ντουχανιάρης

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Δρ. Η. Κουτσούκου, Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα

Ε. Σπυριδάκης, Καθηγητής, Μέλος

Α. Φερόνας, Επίκουρος Καθηγητής, Μέλος

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2020

Copyright © 2019, Απόστολος Ντουχανιάρης

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All Rights Reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας έκδοσης, εξολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση των μελετών για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τους συγγραφείς. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα των κειμένων εκφράζουν τους συγγραφείς και μόνο.

Αφιέρωση:

«Στην αγαπημένη μου γιαγιά Σοφία

που αν κι έφυγε από κοντά μου,

η μνήμη της με συντροφεύει κάθε στιγμή».

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής μεταπτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου τους ανθρώπους που στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθεια ολοκλήρωσης των μεταπτυχιακών μου σπουδών μέσα από τη διαρκή τους υποστήριξη και εμπύχωση στο πρόσωπό μου.

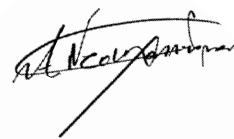
Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ την οικογένειά μου, τους γονείς και τα αδέρφια μου που είναι δίπλα μου σε κάθε μου βήμα και δίχως τη συνεισφορά τους κανένας στόχος δε θα είχε επιτευχθεί μέχρι και σήμερα. Εν συνεχεία, ευχαριστώ πολύ τους φίλους μου, τους συμφοιτητές, τους συναδέλφους, και τους συμμετέχοντες στην ερευνητική μελέτη που με υποστήριξαν στις δύσκολες στιγμές και φρόντισαν να μου μεταφέρουν ο καθένας από τη θέση του δύναμη, γνώση και πολύτιμη εμπειρία.

Ξεχωριστά, θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τον κ. Δημήτριο Νόνα για το γνήσιο ενδιαφέρον και την εμπιστοσύνη που έδειξε τόσο σε εμένα τον ίδιο ως προσωπικότητα όσο και στην υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας μέσα από τις χρήσιμες συμβουλές, τη στάση του και την τροφοδότηση με πλούσιο βιβλιογραφικό υλικό.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλα εκείνα τα ασυνόδευτα παιδιά που παρότι βρίσκονται μακριά από την πατρίδα και την οικογένειά τους δεν έχουν χάσει το χαμόγελο, την ελπίδα και την επιθυμία τους να κάνουν όνειρα για ένα καλύτερο μέλλον. Είναι οι σημερινοί μαχητές και ήρωες που μας διδάσκουν τι σημαίνει ζωή.

Με ευχαριστίες,

Απόστολος Ντουχανιάρης



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
SUMMARY.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	10
1 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	10
«ΝΕΟΤΕΡΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ».....	10
1.1 Εισαγωγή.....	10
1.2 Η έννοια της μετανάστευσης και τα κριτήρια διαφοροποίησής της.....	10
1.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή της μετανάστευσης στην Ελλάδα: Τα σημερινά δεδομένα.....	12
1.4 Η αποσαφήνιση του ορισμού των «ασυνόδευτων ανηλίκων».....	14
1.5 Οι λόγοι μετακίνησης των ασυνόδευτων ανηλίκων σε άλλες χώρες.....	16
2 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	19
«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ: Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ».....	19
2.1 Εισαγωγή.....	19
2.2 Ορισμός της ψυχικής υγείας.....	19
2.3 Γενικά στοιχεία για τη ψυχική υγεία των προσφύγων και μεταναστών.....	20
2.4 Η ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων.....	22
2.5 Η παρουσίαση της διαταραχής μετατραυματικού στρες.....	24
2.6 Τα κλινικά συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής.....	26
2.7 Το μετατραυματικό στρες στους ασυνόδευτους ανηλίκους.....	27

2.8 Η θεραπεία της μετατραυματικής διαταραχής.....	31
2.9 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους από Μ.Κ.Ο στην Ελλάδα	33
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ – Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	39
3 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	39
«Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ».....	39
3.1 Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα	39
3.2 Η ποιοτική έρευνα.....	40
3.3 Η ημιδομημένη συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο	42
3.4 Ο πληθυσμός της μελέτης.....	43
3.5 Το σχεδιάγραμμα υλοποίησης της μελέτης	44
3.5.1 Η προσέγγιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.....	45
3.5.2 Η διενέργεια των συνεντεύξεων.....	45
3.5.3 Η ανατροφοδότηση των συμμετεχόντων	46
3.5.4 Οι δυσκολίες και τα εμπόδια της ερευνητικής μελέτης	47
3.5.5 Η καταγραφή και η κωδικοποίηση του υλικού	48
3.6 Γενικά στοιχεία για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.....	50
3.7 Ο σχεδιασμός του πλάνου της συνέντευξης	50
3.8 Ποιοτική ανάλυση των δεδομένων	51
3.9 Οι περιορισμοί της έρευνας	52
ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ – ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	54
4 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	54
«ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ».....	54
4.1 Εισαγωγή	54
4.2 Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους.....	54
4.2.1 Το προφίλ των ασυνόδευτων ανηλίκων	54
4.2.2 Βασικές υπηρεσίες προγραμμάτων ψυχικής υγείας.....	56

4.2.3 Πολυδιάστατοι οι ρόλοι των επαγγελματιών	58
4.3 Η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες	60
4.3.1 «Αμφιλεγόμενη» η ύπαρξη της διαταραχής.....	60
4.3.2 Η πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας ανηλίκων με PTSD και η συννοσηρότητα	63
4.3.3 Η φαρμακοθεραπεία ως «ανακούφιση» για τους άλλους	65
4.4 Η αποτελεσματικότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών	67
4.4.1 Αποσπασματικές οι χρηματοδοτήσεις των προγραμμάτων	68
4.4.2 «Φρικτός» ο αντίκτυπος διακοπής υπηρεσιών στη ψυχολογία των ασυνόδευτων ανηλίκων.....	70
4.4.3 Η σπουδαιότητα της ορθής αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	72
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
5 ^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	76
«ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ»	76
5.1 Συμπεράσματα	76
5.2 Προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές μελέτες	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	87
I. ΠΛΑΝΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ	87
II. ΣΥΜΒΟΛΑ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.....	91
III. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	92

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια το μεταναστευτικό ζήτημα έχει απασχολήσει την κοινή γνώμη εξαιτίας των προσφυγικών ροών και μετακινήσεων ατόμων από χώρες πολέμου προς τα ευρωπαϊκά σύνορα. Ανάμεσα στις μετακινήσεις αυτές, εντοπίζουμε χιλιάδες ανήλικα παιδιά να καταφθάνουν στη χώρα μας χωρίς την οικογένειά τους τα οποία είναι ιδιαίτερος επιβαρυνόμενα και επιρρεπή σε κάθε μορφής κίνδυνο.

Η παρούσα διπλωματική μεταπτυχιακή εργασία προσπαθεί να εξετάσει το σύγχρονο φαινόμενο της ψυχικής υγείας των ασυνόδευτων ανηλίκων και συγκεκριμένα την εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Ειδικότερα, σκοπός της ερευνητικής μελέτης είναι η ανάδειξη της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλικούς από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Τους επιμέρους στόχους αποτέλεσαν τα κλινικά συμπτώματα της διαταραχής και οι θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης. Ακόμη, ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και στον αρνητικό αντίκτυπο ξαφνικής διακοπής χρηματοδότησης προγραμμάτων στη ψυχολογία των ανηλίκων.

Σε ότι αφορά την έρευνα πραγματοποιήθηκε ποιοτική μελέτη που διεξήχθη μέσω ατομικών προσωπικών συνεντεύξεων με ημιδομημένες ερωτήσεις. Στην ερευνητική μελέτη συμμετείχαν 8 συνολικά άτομα που εργάζονται ως διεπιστημονικό προσωπικό σε προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλικούς. Τα συμπεράσματα ανέδειξαν τις δυσκολίες στην αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη φαρμακοθεραπεία ως μέθοδο για την ανακούφιση των επαγγελματιών αλλά και το στοιχείο της συννοσηρότητας με τα κοινά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τέλος, οι προτάσεις για μελλοντικές έρευνες προσφέρουν νέες ιδέες που ίσως φανούν χρήσιμες τόσο για την πρόληψη όσο και για την καλύτερη διαχείριση του φαινομένου.

Λέξεις – Κλειδιά: ασυνόδευτοι ανήλικοι, ψυχική υγεία, διαταραχή μετατραυματικού στρες, διεπιστημονικό προσωπικό, αξιολόγηση.

SUMMARY

In recent years, the issue of migration has been a matter of public opinion due to the refugee flows and movements of people from war countries to European borders. Between of these movements, we locate thousands of adult's children arriving in our country without their families which are particularly burdened and prone to any form of risk.

This thesis attempts to examine the contemporary phenomenon of the mental health of unaccompanied minors, and in particular the manifestation of post-traumatic stress disorder. In particular, the purpose of this research study is to highlight the effectiveness of mental health services provided to unaccompanied minors by non-governmental organizations in Greece. The specific targets were the clinical symptoms of the disorder and the treatment methods of confrontation. In addition, special attention was paid to the evaluation of mental health services but also to the negative impact of sudden interruption of funding programs on the psychology of minors.

Regarding the research, a qualitative study was conducted through personal interviews with semi-structured questions. The research study involved 8 individuals working as interdisciplinary staff in mental health programs for unaccompanied minors. The results of research highlighted the difficulties in evaluating mental health services, pharmacotherapy as a method of relieving the professionals and also the comorbidity with common symptoms of depression. Finally, suggestions for future research offer new ideas that may be useful for both prevention and better management of the phenomenon.

Keywords: unaccompanied minors, mental health, post traumatic stress disorder, interdisciplinary staff, evaluation.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα η μετανάστευση αποτελεί ένα φαινόμενο που συνδέεται με την ιστορία του ελληνισμού από την αρχαιότητα έως και σήμερα. Στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα όμως δείχνει να μετατρέπεται από χώρα αποστολής μεταναστών σε χώρα υποδοχής προσφύγων και μεταναστών με ιδιαίτερα εθνοτικά, θρησκευτικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά. Ανάμεσα σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες διακρίνει κανείς οικογένειες, μόνες γυναίκες ή άνδρες καθώς και ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά που επιθυμούν να οργανώσουν το μέλλον τους μέσα σε ασφαλούς συνθήκες διαβίωσης.

Εξαιτίας του εντοπισμού ενός μεγάλου κενού στη ψυχική υγεία των προσφύγων και μεταναστών γενικότερα αλλά και των ασυνόδευτων ανηλίκων ειδικότερα, αποφάσισα να αφιερώσω τη θεματολογία της διπλωματικής μεταπτυχιακής μου εργασίας στην καταγραφή και παρουσίαση των βασικών υπηρεσιών προγραμμάτων ψυχικής υγείας από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, από το πλαίσιο της ψυχικής υγείας μου κέντρισε περισσότερο το ενδιαφέρον να ασχοληθώ με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες η οποία τα τελευταία χρόνια απασχολεί ιδιαίτερος την κοινή γνώμη ως προς τη συχνότητά της σε μετακινούμενους πληθυσμούς. Επιπροσθέτως, λόγω της επαγγελματικής μου εμπειρίας με πρόσφυγες και μετανάστες τόσο ενήλικες όσο και ασυνόδευτα παιδιά, επιθυμώ να λάβω ολοένα και περισσότερες πληροφορίες γύρω από το θέμα. Αξίζει να αναφερθεί πως η έρευνα που διεξήχθη μου έδωσε τη δυνατότητα να γνωρίσω από κοντά τη δουλειά φορέων και οργανώσεων ενώ η επαφή μου με το έμπειρο διεπιστημονικό προσωπικό με εφοδίασε με πολύτιμες γνώσεις.

Αναλυτικότερα, η εργασία απαρτίζεται από τέσσερα κυρίως μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του ζητήματος ενώ το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το ερευνητικό πλαίσιο. Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία σύντομη ιστορική αναδρομή της μετανάστευσης στην Ελλάδα και καταγράφονται οι λόγοι μετακίνησης των ασυνόδευτων ανηλίκων σε ξένες χώρες. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αποτυπώνονται στοιχεία για τη ψυχική υγεία των προσφύγων και των μεταναστών ενώ αναλύεται διεξοδικώς η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες. Κυρίως παρουσιάζονται τα κλινικά συμπτώματα, η προτεινόμενη θεραπεία και

υπηρεσίες και προγράμματα υποστήριξης της ψυχικής υγείας των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας διατυπώνεται όλο το ερευνητικό πλάνο. Συνοπτικά, επισημαίνονται τα βασικά στοιχεία της μελέτης και ο αναλυτικός σχεδιασμός που περιλαμβάνει το σκοπό, το είδος, το μεθοδολογικό εργαλείο και τους περιορισμούς της. Τέλος, στο τρίτο μέρος αναπτύσσεται η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων και στο τέταρτο μέρος τα συμπεράσματα που προέκυψαν αλλά και οι προτάσεις και ιδέες για τυχόν μελλοντικές έρευνες.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΝΕΟΤΕΡΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ»

1.1 Εισαγωγή

Στη σημερινή εποχή και στις σύγχρονες κοινωνίες είναι φανερό ότι οι οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές εξελίξεις μπορούν να επιφέρουν γεγονότα ή καταστάσεις που συχνά υπερβαίνουν τα σύνορα των κρατών. Μία από τις εξελίξεις αυτές αποτελεί και η μετανάστευση μετακινούμενων πληθυσμών αφού σε παγκόσμιο επίπεδο απασχόλησε τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα. Στη σύγχρονη και ολοένα αυξανόμενη είσοδο προσφυγικών ροών στα ευρωπαϊκά σύνορα χώρες όπως η Ελλάδα αποτελούν βασικό σταθμό για την υποδοχή μεταναστών, προσφύγων και των οικογενειών τους. Η μετανάστευση πληθυσμών αποτελεί βασικό παράγοντα του πολυπολιτισμικού χαρακτήρα των κοινωνιών που καλούνται να οργανώσουν τις σχέσεις των γηγενών με τους αλλοδαπούς και να προάγουν την ένταξή τους στο σύνολο. Μεταξύ των πληθυσμών που αναγκάζονται να μετακινηθούν βρίσκονται και χιλιάδες ασυνόδευτα παιδιά κάθε ηλικίας που καλούνται να ολοκληρώσουν μόνα τους το μακρινό ταξίδι για την εξεύρεση μιας ποιοτικής ζωής και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης. Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας θα αναλυθούν οι έννοιες της μετανάστευσης και των ασυνόδευτων ανηλίκων. Ειδικότερα, θα πραγματοποιηθεί μία σύντομη ιστορική αναδρομή της μετανάστευσης στην Ελλάδα, τα δεδομένα που επικρατούν σήμερα στη χώρα, τα κριτήρια διαφοροποίησης της μετανάστευσης καθώς και οι αιτίες μετακίνησης των ασυνόδευτων παιδιών σε άλλες χώρες.

1.2 Η έννοια της μετανάστευσης και τα κριτήρια διαφοροποίησής της

Η μετανάστευση είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο αφού αποτελούσε πάντοτε αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης εξέλιξης. Η μετακίνηση πληθυσμών παρούσα από την αρχή της ανθρώπινης ιστορίας είναι τόσο παλιά όσο και η ίδια η ανθρώπινη κοινωνική οργάνωση και χαρακτηρίστηκε κυρίως λόγω της φυγής από φυσικές

καταστροφές, κλιματικές αλλαγές, επιθέσεις από άλλες κοινότητες ή έλλειψη εύρεσης τροφής.

Θεωρείται σκόπιμο να τονιστεί πως με τον όρο «μετανάστευση» περιγράφεται η μόνιμη ή προσωρινή εγκατάσταση ενός ατόμου ή συνόλου από μία περιοχή σε κάποια άλλη. Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2009), υποστηρίζει ότι είναι μια διαδικασία μετακίνησης είτε μέσω των διεθνών συνόρων είτε στα πλαίσια ενός κράτους. Πρόκειται ουσιαστικά για εκούσια μετεγκατάσταση ενός ατόμου από την πατρίδα του σε μια άλλη χώρα με στόχο την εύρεση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και τη βελτίωση του προσδόκιμου ζωής του ιδίου και των μελών της οικογένειάς του. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών για να χαρακτηριστεί κάποιος μετανάστης απαραίτητη προϋπόθεση είναι να διαβιεί μακριά από τη χώρα που γεννήθηκε ή τη χώρα εθνικότητας για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών.

Ωστόσο, είναι χρήσιμο να υπογραμμιστεί πως η μετανάστευση διαφοροποιείται σε ορισμένους τύπους ανάλογα με τη χρονική περίοδο κατά την οποία εξελίσσεται. Για παράδειγμα, η παραδοσιακή μετανάστευση έκανε την εμφάνισή της κυρίως πριν τους δύο Παγκοσμίους πολέμους και είχε υπερπόντιο χαρακτήρα σε αντίθεση με τη σύγχρονη που εστίασε στη μεταβολή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου στα πλαίσια της σύγχρονης βιομηχανικής εποχής η οποία οφείλεται κυρίως σε οικονομικά αίτια. Τέλος, η νεωτερική μετανάστευση αφορά και πάλι τη σύγχρονη εποχή που συνδέεται με την εκβιομηχάνιση και είναι αποτέλεσμα της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης που προήλθε από αυτή (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2018).

Άλλα κριτήρια διαφοροποίησης της μετανάστευσης καταγράφονται ως εξής:

- **Μόνιμη** ή **προσωρινή** μετανάστευση η οποία εξαρτάται από τη διάρκεια παραμονής της μετακίνησης
- **Εκούσια** ή **ακούσια** μετανάστευση που βασίζεται στο βαθμό επιλογής της μετακίνησης και στο αν αυτή αποτελεί ελεύθερη επιλογή του ατόμου
- **Ατομική** ή **ομαδική** μετανάστευση η οποία χαρακτηρίζεται βάση του αριθμητικού μεγέθους του πληθυσμού που μετακινείται
- **Νόμιμη** ή **παράτυπη** μετανάστευση η οποία σχετίζεται με το αν η δραστηριότητα μετακίνησης του ατόμου ή του πληθυσμού καταγράφεται ή όχι από τις αρμόδιες κρατικές αρχές

- **Εσωτερική ή εξωτερική/διεθνής μετανάστευση** η οποία διακρίνεται με βάση του αν η μετακίνηση συντελείται εντός ή εκτός των ορίων ενός κράτους (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2018).

1.3 Σύντομη ιστορική αναδρομή της μετανάστευσης στην Ελλάδα: Τα σημερινά δεδομένα

Οι σημερινές μεταναστευτικές ροές αποτελούν την τρίτη κατά σειρά μετακίνηση πληθυσμών στην ιστορία των οποίων οι διαφορές και τα μεταξύ τους χαρακτηριστικά παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. Έτσι, το πρώτο μεταναστευτικό ρεύμα επικεντρώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής στις αρχές του αιώνα ενώ το δεύτερο στις χώρες του Βορρά κατά τις δεκαετίες του 50' και του 60'. Βέβαια, οι ΗΠΑ και οι χώρες του Βορρά αποτέλεσαν τις βασικές χώρες υποδοχής των μεταναστών εκείνα τα χρόνια και επωφελήθηκαν σημαντικά από το φαινόμενο καθώς είχαν την ευκαιρία για βελτίωση της οικονομικής τους ανάπτυξης. Στο σημείο αυτό χρειάζεται να τονιστεί πως η μετανάστευση της εποχής αυτής διακρίνεται από το νόμιμο χαρακτήρα της παράλληλα με την υψηλή ζήτηση θέσεων εργασίας για φθηνά εργατικά χέρια (Χλέτσος, 1996).

Σε ότι αφορά τη χώρα μας, την Ελλάδα, η μετακίνηση πληθυσμών έχει τις ρίζες της βαθιά στα αρχαία χρόνια καθώς αποτέλεσε σημείο εξαγωγής μεταναστών σε όλα τα σημεία της γης. Μέχρι το πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα η Ελλάδα αποτελούσε χώρα αποστολής μεταναστών προς υπερπόντιες χώρες και στη μεταπολεμική περίοδο προς τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Σε αντίθεση με τα σημερινά δεδομένα η χώρα μετατράπηκε σε προορισμό υποδοχής χιλιάδων μεταναστών, εξέλιξη που επηρεάστηκε από την κατάρρευση των καθεστώτων του υπαρκτού σοσιαλισμού της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και την παγκοσμιοποίηση που χαρακτηρίζουν τον 20^ο αιώνα. Η Ελλάδα πετυχαίνοντας σημαντική οικονομική ανάπτυξη τα προηγούμενα χρόνια σε συνδυασμό με την ένταξή της στην Ευρώπη και με την προνομιακή γεωγραφική της θέση μετατράπηκε σε ελκυστικό προορισμό για πολλούς μετανάστες από την Ασία, την Αφρική, την Αλβανία και την Αίγυπτο. Τα πρώτα μεταναστευτικά ρεύματα στα τέλη της δεκαετίας του 1980 προέρχονταν κυρίως από τα γειτονικά κράτη των Βαλκανίων στα οποία και υπήρχε ελληνική διασπορά. Η ροή των μεταναστών βρήκε τη χώρα απροετοίμαστη αφού μέχρι τότε ποτέ δεν είχε εφαρμόσει πολιτική προσέλκυσης στο έδαφός της. Αν και αρχικά

υπήρξε υποδοχή και αποδοχή μεταναστών κυρίως από την Αλβανία, λόγοι όπως οι κοινές πολιτισμικές αναφορές και η απασχόλησή τους σε τομείς της οικονομίας όπου υπήρχε έλλειψη εργατικού δυναμικού συνέβαλλαν θετικά και δημιούργησαν τις κατάλληλες συνθήκες για την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία. Οι πρώτοι μετανάστες και μετανάστριες απασχολούνταν κυρίως στη γεωργία, την κτηνοτροφία, τις χειρωνακτικές εργασίες, τις υπηρεσίες καθαριότητας καθώς και στην παροχή φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων (Παπαγεωργίου και Τσιρώνης, 2013) και (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2018).

Ταυτόχρονα, ο μικρός αριθμός μεταναστών από την Ασία (Φιλιππίνες, Ινδονησία), τη Βόρεια Αφρική και την Αίγυπτο έως τότε δε δημιουργούσε προβλήματα καθώς η μετανάστευση ήταν κυρίως γυναικεία (Ασία) που απασχολούνταν στον τομέα παροχής φροντίδας. Η παρουσία και η ανάγκη ένταξης των μετακινούμενων πληθυσμών ξεκίνησε να εγείρει ιδιαίτερο προβληματισμό στην ελληνική πολιτεία τουλάχιστον την τελευταία δεκαετία για τους παρακάτω λόγους:

- i. Η ολοένα και μεγαλύτερη ροή μεταναστών από χώρες του Πακιστάν, του Αφγανιστάν, του Μπαγκλαντές αλλά και της Αφρικής συνεπάγεται την είσοδο ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ και κουλτούρα από εκείνο της χώρας υποδοχής και έλλειψη εξειδίκευσης στους τομείς της εθνικής οικονομίας
- ii. Η ευρωπαϊκή οικονομική κρίση αποτελεί βασικό παράγοντα καθώς έχει βυθίσει την ελληνική οικονομία και έχει εκτοξεύσει την ανεργία και τη μείωση δαπανών για δράσεις ένταξης των πληθυσμών αυτών
- iii. Οι εισροές χιλιάδων μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα και την Ευρώπη από το 2014 έως και σήμερα που εγκαταλείπουν τις πατρίδες τους λόγω πολέμου και αιτούνται διεθνούς προστασίας

Η τετραετία 2015-2019 σηματοδότησε μια νέα αρχή στο χάρτη της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Σε αντίθεση με τα πρώτα μεταναστευτικά ρεύματα, η είσοδος της πλειονότητας των μεταναστών στη χώρα πραγματοποιείται χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα και χαρακτηρίζεται κυρίως παράνομη. Παρότι η οικονομική ανάπτυξη της χώρας έχει πληγεί από την κρίση -γεγονός που αποδεικνύεται από τη χαμηλή θέση που κατέχει στον πίνακα των αναπτυγμένων κρατών- φαίνεται να υπάρχει μια μικρή ενίσχυση της ελληνικής οικονομίας κυρίως ως προς το φθηνό εργατικό δυναμικό και

τη συγκράτηση του πληθωρισμού τόσο από πρόσφυγες όσο και από μετανάστες. Οι νέες συνθήκες αποτελούν πρόκληση για τον ελληνικό λαό που πρέπει να θεωρήσει τον εαυτό του ως πολυπολιτισμική κοινωνία. Ένα τέτοιο εγχείρημα δεν είναι καθόλου εύκολο διότι πολύ συχνά εκφράζονται αμφιβολίες και ανησυχίες σχετικά με τις αλλαγές αυτές που συνεπάγονται αύξηση της ξενοφοβίας και της αδιαλλαξίας. Από την άλλη πλευρά, δεν είναι λίγοι αυτοί που λόγω των δικών τους εμπειριών στο εξωτερικό δείχνουν ενσυναίσθηση ως προς την έννοια της προσφυγιάς και τις δυσκολίες που ενέχει το να ενταχθεί κανείς στη ξενιτιά. Η ανεκτικότητα και η κατανόηση του ελληνικού πληθυσμού απέναντι στο τραύμα των προσφύγων αποτελούν στόχους για να διασφαλισθεί η συνοχή μίας πολυπολιτισμικής κοινωνίας (Νικολακοπούλου-Στεφάνου, 2007). Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως τα νέα δεδομένα αποτελούν πρόκληση για την ελληνική πολιτεία η οποία καλείται μέσα από ένα σχέδιο Εθνικής Στρατηγικής να στοχεύσει στην προστασία και ένταξη των αιτούντων διεθνούς προστασίας αλλά και στη διασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσής τους.

1.4 Η αποσαφήνιση του ορισμού των «ασυνόδευτων ανηλίκων»

Η παιδική και εφηβική ηλικία δεν αποτελεί απλά μία χρονικά περίοδο την οποία διανύει ένα άτομο για να φτάσει έως την ενηλικίωση. Η χρονική αυτή περίοδος κρίνεται σημαντική αφού το άτομο διαμορφώνει αντιλήψεις, συνθέτει το χαρακτήρα του και ανακαλύπτει νέες πτυχές του κόσμου. Ωστόσο, η ποιότητα της ζωής της συγκεκριμένης περιόδου μπορεί να διαφέρει ανάμεσα σε άτομα που ζουν σε αναπτυγμένες χώρες του κόσμου και σε άτομα που ζουν σε αναπτυσσόμενες με διαφορετική θρησκευτική ή πολιτιστική ταυτότητα.

Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989) η οποία κυρώθηκε με το νόμο 2101/1992 στη χώρα μας ψηφίστηκε με καθυστέρηση τριών χρόνων συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Η σύμβαση ορίζει αυστηρώς ως παιδί κάθε πρόσωπο που είναι κάτω των 18 ετών ως όριο ηλικίας. Αν και στο ελληνικό νομικό σύστημα δεν υπάρχει σαφής ορισμός για το στοιχείο της ανηλικότητας το άρθρο 127 του αστικού κώδικα έχει φροντίσει να διατυπώσει ως ανήλικο άτομο όποιο δεν έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του.

Αξίζει να υπογραμμιστεί ότι και στην περίπτωση ύπαρξης αμφιβολιών για την αποδεδειγμένη ανηλικότητα ή μη ορισμένων ατόμων απαιτείται μια σειρά από

ενέργειες για την ταυτοποίηση της ηλικίας τους που περιλαμβάνουν συνήθως ιατρικές εξετάσεις. Κατά το διάστημα το οποίο μεσολαβεί μέχρι την απόδειξη ή μη της ανηλικότητας το άτομο θεωρείται ανήλικο και του παρέχονται ειδικά μέτρα προστασίας μέχρι τα επίσημα αποτελέσματα προσδιορισμού της ηλικίας του (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2015).

Σε ότι αφορά τον ορισμό του ασυνόδευτου ανηλικού νοείται κάθε πρόσωπο κάτω των 18 ετών που είναι συνήθως υπήκοος τρίτης χώρας και εισέρχεται στην ελληνική επικράτεια χωρίς να συνοδεύεται από το νόμιμο υπεύθυνο ενήλικα για την επιμέλειά του. Ουσιαστικά, πρόκειται για ανήλικα παιδιά που βρίσκονται εκτός της χώρας καταγωγής τους και έχουν αποχωριστεί από τους γονείς τους ή από προηγούμενο άτομο/συγγενή ή επίτροπο που είχε αναλάβει τη φροντίδα τους (UNHCR και Συνήγορος του Πολίτη, 2005). Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Π.Δ. 220/2007 της ελληνικής νομοθεσίας ασυνόδευτος ανήλικος είναι: «ο υπήκοος τρίτης χώρας ή ο ανιθαγενής ηλικίας κάτω των 18 ετών, ο οποίος φτάνει στην Ελλάδα χωρίς να συνοδεύεται από ενήλικο υπεύθυνο για τη φροντίδα του, σύμφωνα με το νόμο ή το έθιμο, για όσο χρόνο δεν έχει τεθεί υπό την ουσιαστική φροντίδα ενός τέτοιου προσώπου, ή ο ανήλικος που αφέθηκε ασυνόδευτος μετά την είσοδό του στην Ελλάδα» (Σπυροπούλου, 2016: 15).

Ένας ακόμη ορισμός που χρησιμοποιείται συχνά για τα ασυνόδευτα παιδιά είναι: «παιδιά που έχουν χωριστεί από την οικογένειά τους» ή αλλιώς “children separated from their families”. Και στην περίπτωση αυτή, η κατηγορία περιλαμβάνει όσα παιδιά είναι κάτω των 18 ετών, έχουν αποχωριστεί από τους δύο γονείς τους ή από προηγούμενο υπεύθυνο, αλλά όχι και από άλλους συγγενείς. Έτσι, μπορεί να συνοδεύονται από ενήλικα μέλη της ευρύτερης οικογένειάς τους. Στο σημείο αυτό πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αν και τα παιδιά μπορεί να ζουν με μέλη του συγγενικού περιβάλλοντος δε σημαίνει πως τα μέλη αυτά είναι υπεύθυνα κατά το νόμο ή το έθιμο για τη φροντίδα τους. Και η κατηγορία των ανηλικών αυτών τα θεωρεί ασυνόδευτα καθώς οι ενήλικες που τα συνοδεύουν μπορεί να είναι ακατάλληλοι ή μη ικανοί να αναλάβουν τη φροντίδα και προστασία τους (Σπυροπούλου, 2016).

Συνοπτικά, όσοι ανήλικοι εισέρχονται νόμιμα ή παράνομα στη χώρα μας απολαμβάνουν:

- ❖ Δικαίωμα ειδικής μεταχείρισης και προστασίας σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία και τις διεθνείς συμβάσεις
- ❖ Παραπομπή προς φιλοξενία σε κατάλληλα καταφύγια, ξενώνες ή και ιδρύματα από τις αρμόδιες εισαγγελικές αρχές
- ❖ Απόλαυση της αυξημένης προστασίας που προβλέπεται για τους ανηλίκους και σε άτομα στα οποία υπάρχουν βάσιμες και σοβαρές αμφιβολίες ότι είναι ενήλικα
- ❖ Κοινωνική ενσωμάτωση, ένταξη στο εκπαιδευτικό σύστημα και κάλυψη βασικών αναγκών όπως στέγαση και τροφή (Νικολακοπούλου-Στεφάνου, 2007).

Με βάση τα παραπάνω, οι ασυνόδετοι ανήλικοι μπορεί να είναι πρόσφυγες, μετανάστες ή αιτούντες άσυλο. Εξαιτίας της ανηλικότητάς του είναι ιδιαιτέρως επιρρεπείς στο στοιχείο της εκμετάλλευσης γι' αυτό και συγκαταλέγονται στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες που απολαμβάνουν ειδικής προστασίας. Τα δικαιώματα των ασυνόδετων ανηλίκων προστατεύονται ομοίως από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών περί δικαιωμάτων του παιδιού.

1.5 Οι λόγοι μετακίνησης των ασυνόδετων ανηλίκων σε άλλες χώρες

Προκειμένου να κατανοηθεί καλύτερα το ζήτημα των ασυνόδετων ανηλίκων με τα σημερινά δεδομένα θα ήταν σκόπιμο να εξεταστούν οι λόγοι που οδηγούν τα παιδιά αυτά στη μετακίνηση σε τρίτες χώρες. Οι κύριοι λόγοι που παρουσιάζονται στη συνέχεια προσδίδουν ενδιαφέροντα στοιχεία γύρω από το «προφίλ» και το χαρακτήρα αυτών των παιδιών:

1. **Οικονομικοί λόγοι:** που σχετίζονται με την έλλειψη ευκαιριών για εργασία ή με το χαμηλό εισόδημα της οικογένειας. Πολλά ασυνόδετα παιδιά ξεκινούν το ταξίδι τους μόνα ως πρόσφυγες με την ελπίδα για εύρεση εργασίας ώστε να μπορέσουν να υποστηρίξουν χρηματικώς τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας που παραμένουν πίσω στην πατρίδα τους. Το ταξίδι μπορεί να πραγματοποιηθεί έπειτα από απόφαση των ιδίων των ανηλίκων ή με την παρότρυνση και σύμφωνη γνώμη των γονέων ή συγγενών τους ώστε να αναζητήσουν ένα καλύτερο μέλλον (Save the children, UNHCR και UNICEF, 2010).

2. **Πολιτικοί λόγοι:** στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται όσοι ανήλικοι αναγκάστηκαν να μεταναστεύσουν εξαιτίας φόβου δίωξης ή έλλειψης προστασίας στη χώρα καταγωγής. Τρομοκρατικές επιθέσεις, ένοπλες συρράξεις, ομηρία, βασανιστήρια και πόλεμοι οδηγούν σε αναζήτηση άλλων μορφών προστασίας καθώς τα βασικά δικαιώματα των παιδιών καταπατώνται. Η επιθυμία των ασυνόδευτων ανηλίκων ή των οικογενειών τους είναι να ξεφύγουν από τις εμπόλεμες συνθήκες που απειλούν την ίδια τους τη ζωή αλλά και τη σωματική τους ακεραιότητα (Ίδρυμα Μποδοσάκη, 2015).
3. **Προσωπικοί λόγοι:** οι προσωπικοί λόγοι μετανάστευσης ανηλίκων φαίνεται να αφορούν περιστατικά διάκρισης ή κακοποίησης που οφείλονται στο φύλο ή ακόμη και στην υποχρεωτική υπηρεσία σε στρατιωτικά σώματα. Είναι αξιοσημείωτο πως δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ανηλίκων που έφυγαν από την πατρίδα τους για να γλιτώσουν αναγκαστική στράτευση. Άλλοι προσωπικοί λόγοι μπορεί να αφορούν ανηλίκους-θύματα εμπορίας για σεξουαλικούς ή άλλους σκοπούς από την οικογένειά τους, να κακοποιούνται ή να εμπλέκονται σε παράνομες δραστηριότητες (Save the children, UNHCR και UNICEF, 2010).
4. **Οικογενειακή επανένωση:** άλλοι λόγοι μετανάστευσης ασυνόδευτων παιδιών μπορεί να περιλαμβάνουν την επιθυμία οικογενειακής επανένωσης με γονείς ή άλλα συγγενικά πρόσωπα που έφυγαν νωρίτερα και βρίσκονται ήδη σε ευρωπαϊκό έδαφος. Η επιθυμία των ανηλίκων για επανένωση με την οικογένεια είναι τόσο έντονη που πολλές φορές καταφεύγουν στη βοήθεια παράνομων διακινητών για τη μεταφορά τους γεγονός που συνεπάγεται κάθε μορφής κίνδυνο.
5. **Εκπαιδευτικοί λόγοι:** η μετακίνηση ανηλίκων για λόγους εκπαίδευσης και εξειδίκευσης πραγματοποιείται προκειμένου να μπορέσουν να εγγραφούν στο σχολείο ή να φοιτήσουν στο πανεπιστήμιο αφού στις πατρίδες τους δεν είχαν τη δυνατότητα να λάβουν εκπαιδευτικές γνώσεις.
6. **Περιβαλλοντικοί λόγοι:** η μετανάστευση των ανηλίκων στην κατηγορία αυτή ξεκινά με αφορμή εκτεταμένες περιβαλλοντικές καταστροφές μεγάλης έκτασης όπως η ερήμωση καλλιεργήσιμων εδαφών και η ρύπανση των υδάτων.

Εκτός των κατηγοριών που αναλύθηκαν παραπάνω θα πρέπει να εκτιμηθεί και το γεγονός του ότι πολλά ασυνόδευτα παιδιά δε ξεκίνησαν το ταξίδι τους μόνα αλλά κατέληξαν χωρίς οικογένεια στις χώρες υποδοχής. Οι περιπτώσεις αυτές είναι αρκετές και αφορούν παιδιά ή και τα αδέρφια τους που χάθηκαν από τους γονείς κάτω από αντίξοες συνθήκες είτε κατά τη διάρκεια της νύχτας στην προσπάθειά τους να περάσουν δύσβατα μονοπάτια στο ταξίδι τους.

Χρειάζεται επίσης να αναφερθεί ότι η πλειονότητα των ασυνόδευτων παιδιών είναι αγόρια και αυτό διότι ο κίνδυνος να γίνουν αποδέκτες βίας ή αναγκαστικής συμμετοχής σε εχθροπραξίες είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με τα κορίτσια. Ακόμη ένα δεδομένο που ενισχύει την αριθμητική πλειονότητα των αγοριών είναι ότι θεωρείται πιο εύκολο ότι θα επιβιώσουν σε μια μοναχική φυγή, θα ξεπεράσουν τις δυσκολίες και θα μπορέσουν να στηρίξουν οικονομικά τα μέλη της οικογένειας που έχουν ανάγκη. Τέλος, τα κορίτσια ως ασυνόδευτα ανήλικα είναι πιθανότερο να αιχμαλωτιστούν για αρκετά χρόνια ή και να εξαναγκαστούν σε γάμο, εμπορία ή δουλεία (Αραπάκος, 2016).

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην τονιστεί πως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι έχουν το δικαίωμα για κατάθεση αιτήματος ασύλου ενώ προβλέπεται ο διορισμός επιτρόπου, η δωρεάν νομική συνδρομή και η παροχή υπηρεσιών υποστήριξης σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Αν και οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αποτελούν ευάλωτη ομάδα η καθυστέρηση των διαδικασιών τόσο της οικογενειακής επανένωσης όσο και της νόμιμης μετανάστευσης είναι αρκετά μεγάλη. Πρωταρχικό μέλημα αποτελεί η κάλυψη των προνοιακών αναγκών του παιδιού και η ιατρική εκτίμηση της υγείας του και στη συνέχεια η έναρξη της διαδικασίας ασύλου ή του αιτήματος οικογενειακής επανένωσης. Την πλειονότητα των νομικών ζητημάτων τους αναλαμβάνουν αρμόδιοι φορείς και αξιόπιστες μη κυβερνητικές οργανώσεις με εμπειρία σε ζητήματα ασυνόδευτων ανηλίκων ή εργαζόμενων ανηλίκων παιδιών στο δρόμο (Ίδρυμα Μποδοσάκη, 2015).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ: Η ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ»

2.1 Εισαγωγή

Η μετανάστευση για τους ασυνόδευτους ανήλικους μπορεί να αποτελεί αναγκαστική επιλογή για το ξεκίνημα μιας νέας αρχής στη ζωή τους. Η μετακίνηση σε μια ξένη χώρα δεν είναι εύκολη υπόθεση καθώς οι ανήλικοι έρχονται αντιμέτωποι με οδυνηρά συναισθήματα που σχετίζονται με τον αποχωρισμό από την οικογένεια, την απώλεια φίλων, την αποκοπή από τις παλιές συνήθειες και την εγκατάλειψη της κατοικίας και του φυσικού περιβάλλοντος. Τα γεγονότα αυτά από μόνα τους επιφέρουν έντονο άγχος ή κατάθλιψη σε παιδιά μετανάστες και πρόσφυγες που κουβαλούν ήδη από τις πατρίδες τους τραυματικές εμπειρίες και μνήμες τις οποίες συχνά βιώνουν επανειλημμένως μέσω της διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας θα πραγματοποιηθεί η αποσαφήνιση της έννοιας της ψυχικής υγείας γενικότερα και της διαταραχής μετατραυματικού στρες ειδικότερα. Πιο αναλυτικά, καταγράφονται στοιχεία για τη ψυχική υγεία προσφύγων και μεταναστών αλλά και των παιδιών-εφήβων ενώ στη συνέχεια παρουσιάζεται διεξοδικώς η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε ασυνόδευτους ανήλικους και τα κλινικά της συμπτώματα. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις προτεινόμενες μεθόδους θεραπείας της διαταραχής αλλά και με την παρουσίαση ορισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα παιδιά που παρέχονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις και φορείς στην Ελλάδα.

2.2 Ορισμός της ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας είναι ευρεία, πολυδιάστατη και υποκειμενική για αυτό το λόγο είναι δύσκολο να προσδιοριστεί εννοιολογικά. Ακούγοντας κανείς την έννοια αυτή φαντάζεται σίγουρα την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής. Είναι αλήθεια ότι η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία διαταραχής αλλά σχετίζεται με βασικά στοιχεία του ατόμου όπως η θετική αυτό-εικόνα, ο αυτοέλεγχος, το αίσθημα αισιοδοξίας, η ικανότητα αποτελεσματικής ανταπόκρισης σε προκλήσεις της ζωής

και η αναγνώριση του να ζητάει κανείς βοήθεια ή υποστήριξη και να την προσφέρει (Ζήση και Στυλιανίδης, 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει τη ψυχική υγεία ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας όπου το άτομο μπορεί να ζει και να προσφέρει με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του επιτεύγματα (Οικονόμου και συν., 2001). Ένας ακόμη ορισμός που κινείται σε παρόμοιο πλαίσιο θέτει τη ψυχική υγεία ως συναισθηματική και διανοητική κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή τους και να ανταπεξέρχονται στις δύσκολες συνθήκες. Ουσιαστικά, είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και πίστης τόσο στην προσωπική μας αξία όσο και των άλλων (Ζήση και Στυλιανίδης, 2004 Εγκέφαλος).

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη η απουσία αναφοράς στην Jahoda που φαίνεται να ασχολήθηκε διεξοδικά με τον ορισμό της ψυχικής υγείας από το 1958 και οι θέσεις της ήταν αρκετά δημοφιλείς. Σύμφωνα με την ίδια, η έννοια της ψυχικής υγείας είναι μία κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει 7 συνολικά χαρακτηριστικά: i) την επίγνωση από το ίδιο το άτομο της ταυτότητάς του, ii) την ικανότητα αυτοδυναμίας, iii) τη δυνατότητα αντίστασης στο stress, iv) την ενεργητικότητα και ανεξαρτητοποίηση του ατόμου από κοινωνικές επιρροές, v) τον έλεγχο του περιβάλλοντος, vi) την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται, να ψυχαγωγείται και vii) τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του (Οικονόμου και συν., 2001).

2.3 Γενικά στοιχεία για τη ψυχική υγεία των προσφύγων και μεταναστών

Με την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των μεταναστευτικών ροών το ενδιαφέρον στρέφεται στη ψυχική υγεία των πληθυσμών αυτών και κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος. Έχει εκτιμηθεί ότι το ποσοστό των 2/3 των προσφύγων βιώνουν κατάθλιψη και έντονο άγχος αν αναλογιστεί κανείς τον εγκλωβισμό τους σε camps και hotspots για μεγάλα διαστήματα και τους κινδύνους που διατρέχουν στη χώρα φιλοξενίας. Επίσης, μπορεί να αισθάνονται συγκλονισμένοι, σε σύγχυση ή να νιώθουν ψυχική δυσφορία φόβο και αγωνία. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται από σχετικές μελέτες καθώς πρόκειται για πληθυσμούς με σοβαρά κοινωνικά προβλήματα και με πολλές μη ικανοποιούμενες ανάγκες (Μαστρογιάννη, 2013). Ορισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας προσφύγων και μεταναστών καταγράφονται ως εξής:

- Κατάθλιψη
- Κρίσεις πανικού
- Αγχώδεις διαταραχές
- Κοινωνική Φοβία
- Αυτοκτονικός ιδεασμός
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η κατάθλιψη θεωρούνται ως οι κύριες αιτίες ψυχικής νοσηρότητας σε πρόσφυγες. Αυτή η ψυχική νοσηρότητα σχετίζεται με τα τραυματικά γεγονότα της ζωής τόσο σε προ-μεταναστευτικό όσο και σε μετα-μεταναστευτικό στάδιο. Για παράδειγμα, η άφιξη στη χώρα υποδοχής συνεπάγεται κινδύνους με προβληματικές συνθήκες διαβίωσης, μη πρόσβαση στην εκπαίδευση, ανασφάλεια σε αβέβαιες καταστάσεις, ανεργία και φτώχεια. Η ψυχική υγεία των προσφύγων επιδεινώνεται όταν βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, την εχθρότητα των ντόπιων προς τους αλλοδαπούς και την κακή μεσοπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη προσαρμογή σε ότι αφορά τους κανόνες της χώρας υποδοχής. Κατά την άφιξη στη χώρα υποδοχής οι πρόσφυγες και μετανάστες βιώνουν ξεσπάσματα έντονων συναισθημάτων όπως θυμός και θλίψη. Κάποιοι από αυτούς αισθάνονται χαρά και ανακούφιση που έφτασαν σε ευρωπαϊκό έδαφος ενώ άλλοι θρηνούν ακόμη άτομα της οικογένειάς τους αλλά και τη ζωή που άφησαν πίσω. Ωστόσο, οι περισσότεροι εξ αυτών αισθάνονται σωματικά εξαντλημένοι, μουδιασμένοι και ανήσυχοι γεγονός που καθιστά επιβεβλημένη την παροχή υγειονομικής φροντίδας η οποία αποτελεί πρόκληση για το εθνικό σύστημα υγείας (Hebebrand et al., 2016).

Όπως έχει διαπιστωθεί, οι απόπειρες αυτοκτονίας σε προσφυγικούς πληθυσμούς είναι συχνό φαινόμενο όπως και τα αντιδραστικά ψυχωτικά επεισόδια. Μάλιστα, οι νοσηλείες σε ψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων της χώρας έχουν αυξηθεί απότομα και συνήθως ολοκληρώνονται μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Σύμφωνα με στοιχεία από το ψυχιατρικό νοσοκομείο «Δρομοικαΐτειο» το δεύτερο εξάμηνο του 2015 νοσηλεύτηκαν 12 πρόσφυγες, το πρώτο εξάμηνο του 2016 νοσηλεύτηκαν 23, το δεύτερο εξάμηνο της ίδιας χρονιάς 36 και το πρώτο εξάμηνο του 2017 περίπου 43. Η πλειονότητα των νοσηλειών ήταν ακούσιες σε ποσοστό πάνω από 70%. Αντίστοιχα, για το «ΨΝΑ – Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής» το πρώτο εξάμηνο του 2017 οι εισαγωγές από camps και hotspots ήταν 37 ενώ άλλα 21 άτομα κρίθηκαν ότι δεν ήταν αναγκαίο να νοσηλευθούν (Μεγαλοοικονόμου, 2017).

Μία έρευνα που επίσης διεξήχθη σε 102 πρόσφυγες αιτούντες άσυλο ηλικίας 17-20 ετών στη Γερμανία κατέδειξε την πολυπλοκότητα της επιβάρυνσης της υγείας των σωματικών διαταραχών με υψηλά ποσοστά λοιμώξεων (58,8%) και αναιμία (17%). Η ψυχική ασθένεια στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε σε ποσοστό 13,7% με τις γυναίκες να αποτελούν την ομάδα που επηρεάζεται πιο συχνά αν συνυπολογιστούν καθοριστικοί παράγοντες όπως η εμπειρία σε προ-μετανάστευση, το ιατρικό ιστορικό των ατόμων, το οικογενειακό περιβάλλον και το είδος των τραυμάτων. Στη συνέχεια, υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης ζητημάτων ψυχικής υγείας φαίνεται να έχουν οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες αλλά και όσοι ανεξαρτήτου ηλικίας βρέθηκαν σε συνθήκες κράτησης για μεγάλο χρονικό διάστημα (Hebebrand et al., 2016).

Βέβαια, είναι αναγκαίο να τονιστεί πως η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα δεν οδηγεί οπωσδήποτε σε εκδήλωση του μετατραυματικού στρες. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας σε μεταναστευτικές ομάδες πρέπει να είναι ολιστική εξετάζοντας όλους τους κοινούς παράγοντες, περιλαμβάνοντας ταυτοχρόνως σωστές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και πρακτικές λύσεις (Christodoulou and Abou-Saleh, 2016). Αν και η επικράτηση της ψυχοπαθολογίας είναι αρκετά υψηλή σε τέτοιους πληθυσμούς αυτό δε σημαίνει ότι ο έλεγχος της δεν αποτελεί παραμελημένο θέμα. Σήμερα στη χώρα μας, οι πιστοποιημένοι φορείς που προσφέρουν υποστηρικτικά προγράμματα για τη ψυχική υγεία προσφύγων και μεταναστών είναι ελάχιστοι και οι ανάγκες καλύπτονται κυρίως από μη κυβερνητικές οργανώσεις και ιδιωτικούς φορείς τόσο για λόγους κόστους όσο και αποτελεσματικότητας.

2.4 Η ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στοχεύει στη ψυχική υγεία του παιδιού και του εφήβου τόσο στην περιγεννητική περίοδο (από τη σύλληψη έως τη γέννηση), στην παιδική ηλικία (από τη γέννηση έως τα 9 έτη) και στην εφηβεία (από τα 10 έτη έως τα 18). Οι ψυχικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας προκύπτουν από διάφορα αίτια που οδηγούν σε ποικίλες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Τέτοια αίτια που συμβάλλουν στην ανάπτυξή τους σε παιδιά και εφήβους είναι:

- Γονεϊκοί και οικογενειακοί παράγοντες που αφορούν τη γονεϊκή φροντίδα προς το παιδί

- Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του παιδιού όπως η ιδιοσυγκρασία, το φύλο, η νοημοσύνη και η κληρονομικότητα
- Περιβαλλοντικοί αλλά και κοινωνικοί παράγοντες που περιλαμβάνουν το σχολείο, τους φίλους και τις παρέες συνομηλίκων, την οικονομική κατάσταση και τα υποστηρικτικά συστήματα στην κοινότητα
- Γεγονότα και ύπαρξη ψυχικής διαταραχής που εστιάζουν στο άγχος και τις αντιδράσεις στο στρες γενικότερα

Τα παραπάνω αιτία σε συνδυασμό με ορισμένες ομάδες που παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων στην παιδική ηλικία είναι:

- Τα παιδιά των οποίων οι γονείς ζουν με ψυχική νόσο ή κάνουν κατάχρηση ουσιών
- Οι έφηβοι με παραβατική συμπεριφορά
- Παιδιά που ζουν σε ιδρύματα και άλλες δομές και εμφανίζουν συμπεριφορές «ιδρυματοποίησης»
- Παιδιά που έχουν υποστεί σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση
- Πρόσφυγες
- Παιδιά με νοητική υστέρηση, άλλες αναπηρίες ή αναπτυξιακές διαταραχές
- Έφηβοι και νέοι που βίωσαν τραυματικά γεγονότα ή ήταν μάρτυρες αυτών

Κάθε παιδί είναι ένας αναπτυσσόμενος οργανισμός και έχει διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας σε σχέση με τους ενήλικες. Για το λόγο αυτό οι ανάγκες των νέων και των εφήβων σε συναισθηματικό, νοητικό και κοινωνικό επίπεδο είναι διαφορετικές και οποιαδήποτε ύπαρξη ψυχοπαθολογίας δε θα μπορούσε να συγκριθεί με τη ψυχική ασθένεια του ενήλικα (Κωστοπούλου, 2017).

Σε αυτό το κρίσιμο σημείο θεωρείται σημαντικό να παρουσιαστούν στοιχεία της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης “Save The Children” σχετικά με τη ψυχική υγεία και τα χαρακτηριστικά των ασυνόδευτων παιδιών. Σε έρευνα της οργάνωσης το 2017 υπογραμμίζεται ότι παιδιά και νέοι ειδικά από τη Συρία έχοντας βιώσει την καταστροφή και τον πόλεμο συχνά οδηγούνται σε κατάθλιψη. Άλλες περιπτώσεις παιδιών καταφεύγουν στη χρήση ουσιών και αλκοόλ, αυτοτραυματίζονται ή και επιχειρούν να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας καθώς αισθάνονται πλήρη απογοήτευση και παραίτηση για τη ζωή. Σε μία άλλη δημοσιευμένη έκθεση της ίδιας οργάνωσης

υποστηρίζεται πως 2,5 περίπου εκατομμύρια παιδιά σε αναπτυξιακό στάδιο έχουν εμφανίσει ήδη κάποια ψυχική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα:

- ✚ Το 50% των παιδιών αναφέρουν ότι δε νιώθουν ασφαλή
- ✚ Το 40% δηλώνουν πως δε νιώθουν ασφάλεια να παίξουν σε εξωτερικό χώρο
- ✚ Το 71% των ενηλίκων σημειώνουν ότι τα παιδιά τους υποφέρουν από ενούρηση στο κρεβάτι τους και ακούσια ούρηση
- ✚ Το 89% των ενηλίκων υποστηρίζουν πως τα παιδιά αισθάνονται ολοένα και μεγαλύτερο τρόμο και αγωνία
- ✚ Ένας στους τέσσερις νέους έχει αναπτύξει ή είναι κοντά στο να αναπτύξει κάποια ψυχική διαταραχή (Κωστοπούλου, 2017)

Συνοπτικά, η ψυχική υγεία των παιδιών, των εφήβων και των οικογενειών τους είναι πρωταρχικής σημασίας. Τα συμπτώματα των ανηλίκων αυτών υποδηλώνουν το συνεχές τραύμα που βιώνουν λόγω του πολέμου, των καταστροφών και των θανάτων αγαπημένων τους προσώπων. Οι εφιάλτες κατά τον ύπνο, η ενούρηση στο κρεβάτι, ο αυτοκτονικός ιδεασμός και ο θυμός είναι μόνο κάποια από τα πολλά φαινόμενα που «στοιχειώνουν» την καθημερινότητά τους και χρειάζονται άμεσης φροντίδας και συνεχούς υποστήριξης.

2.5 Η παρουσίαση της διαταραχής μετατραυματικού στρες

Ο Sigmund Freud ήταν εκείνος που το 1920 όρισε πρώτος την τραυματική εμπειρία ως «βίωμα που επιφέρει μια τόσο μεγάλη αύξηση της διέγερσης στον ψυχικό κόσμο του ατόμου που η επεξεργασία του με τα συνήθη και φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, γεγονός που έχει ως συνέπεια μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής λειτουργίας» (Τσουκαλά και Τσουμάκας, 2013: 173). Με την έννοια τραύμα εννοείται μια κατάσταση όπου το υποκείμενο βιώνει μια πληθώρα αρνητικών επιδράσεων που προέρχονται από εξαιρετικής έντασης στρεσογόνα γεγονότα. Στη φροϋδική θεώρηση το ψυχικό τραύμα διαμορφώνεται σε δύο χρόνους: «το δεύτερο γεγονός ενεργοποιεί το πρώτο που αποκτά εκ των υστέρων νόημα αλλά και τραυματικό χαρακτήρα. Η τραυματική δεν είναι η πραγματικότητα του πρώτου γεγονότος αλλά η ψυχική πραγματικότητα που αποκτά εκ των υστέρων η ενθύμησή του» (Πετρίκης, 2005: 11).

Αρχικά, το μετατραυματικό στρες χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τα συναισθήματα των Αμερικανών βετεράνων του πρώτου Παγκοσμίου πολέμου ονομαζόμενο ως «σοκ βομβαρδισμού» αλλά είχε περιγραφεί και νωρίτερα με άλλες έννοιες όπως «νευρικό σοκ», «φοβική νεύρωση» και «τραυματική νεύρωση». Κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ασχολήθηκαν αρκετά με τους επιζώντες στρατιώτες ενώ αναγνώρισαν ότι οι βετεράνοι εκδήλωναν εχθρικά συναισθήματα για τους άλλους, είχαν αδικαιολόγητες εκρήξεις θυμού και παρέμεναν καθηλωμένοι στην αναβίωση τραυματικών γεγονότων με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην προσωπικότητα και προσαρμογή τους (Αντωνίου, 2007).

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Post-Traumatic Stress Disorder – PTSD) έκανε επίσημα την εμφάνισή της το 1980 στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) ως σύμπτωμα που θα μπορούσε να εκδηλωθεί στον καθένα έπειτα από έκθεση σε ένα ασυνήθιστο τραυματικό γεγονός. Αργότερα, σύμφωνα με το DSM-IV (1994), *το μετατραυματικό στρες διατυπώθηκε ως* αυτόνομη διαταραχή που εμφανίζεται σε άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα ή ήταν μάρτυρες σε αυτά. Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι εμφανίζεται σε όσους έχουν έρθει αντιμέτωποι με θάνατο, τραυματισμό ή απειλή της σωματικής τους ακεραιότητας. Ενδεικτικά, τα τραυματικά γεγονότα που μπορεί να βιώσει κάποιος είναι το πένθος για αγαπημένα πρόσωπα, πολεμικές μάχες, φυσικές καταστροφές, αυτοκινητιστικά ατυχήματα, ληστείες ή άλλες σωματικές και σεξουαλικές επιθέσεις. Η διαταραχή μπορεί να προσβάλει κάθε άνθρωπο σε οποιαδήποτε ηλικία ενώ χαρακτηρίζεται ως «οξύ» μετατραυματικό στρες όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων του φτάνει τους 3 μήνες και «χρόνιο» όταν συνεχίζεται για περισσότερους μήνες ή χρόνια.

Τα συμπτώματα της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής μελετώνται ολοένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια σε παγκόσμιο επίπεδο. Αν και η αντίδραση στα τραυματικά γεγονότα συνήθως είναι εξατομικευμένη και ποικίλλει σε ότι αφορά τις μορφές της, μπορεί να ξεκινά και πριν τη μετανάστευση ενώ στη συνέχεια επιβαρύνει περαιτέρω την προσαρμογή του ατόμου. Ειδικότερα, πρόσφυγες προερχόμενοι από βίαιη ή καταναγκαστική μετανάστευση φαίνεται να υποφέρουν πιο πολύ συγκριτικά με άλλους. Μία ακόμη ομάδα που επηρεάζεται έντονα από τη μετατραυματική αγχώδη διαταραχή είναι οι ασυνόδευτοι ανήλικοι καθώς πρόκειται για παιδιά που ζουν μόνα τους και περιορίζονται για μεγάλα διαστήματα σε κρατητήρια αναμονής

ζώντας πραγματικά σε άθλιες συνθήκες διαβίωσης (Χατζηπουλίδης και Χατζηπουλίδης, 2009).

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, αξίζει να υπογραμμιστεί ότι η επαναλαμβανόμενη έκθεση του παιδιού σε έντονες τραυματικές συνθήκες δημιουργεί ιδιαίτερες επιβαρυνμένες καταστάσεις, τις οποίες εάν δεν επεξεργαστεί εγκαίρως μπορούν να προκαλέσουν σειρά σοβαρών επιπτώσεων τόσο ψυχικών όσο και σωματικών στην ενήλικη ζωή του.

2.6 Τα κλινικά συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής

Τα κλινικά συμπτώματα της διαταραχής περιγράφονται κυρίως μέσα από την αναβίωση του τραυματικού γεγονότος στα όνειρα ή στους εφιάλτες. Τα επεισόδια επανειλημμένης αναβίωσης των ψυχοτραυματικών αναμνήσεων (flashbacks) επιφέρουν συναισθηματικό μούδιασμα και ευερεθιστότητα. Συχνές επίσης είναι οι αντιδράσεις ξαφνιάσματος, η σταδιακή αποξένωση και αποστασιοποίηση από άλλους ανθρώπους. Σε νεαρές ηλικίες και στα παιδιά έχει παρατηρηθεί η αποφυγή δραστηριοτήτων που μπορεί να υπενθυμίζουν τον ψυχοτραυματισμό αλλά και συνεχής φόβος. Τα ξεσπάσματα φόβου μπορεί να εκδηλώνονται αιφνίδια, συνοδευόμενα από πανικό και επιθετικότητα εξαιτίας της πυροδότησης μιας ξαφνικής ανάμνησης ή της επανάληψης του ίδιου του ψυχοτραυματισμού. Άλλα συμπτώματα παρατηρούνται ως προς την αυξημένη εγρήγορση του ατόμου, την κατάθλιψη και την αϋπνία (Μπούρας και Λαζαράτου, 2012).

Εν συνεχεία κλινικά συμπτώματα σύμφωνα με τους Τσουκαλά και Τσουμάκα (2013) μπορεί να αφορούν το αίσθημα απουσίας μέλλοντος, την περιορισμένη διακύμανση συναισθήματος αλλά και συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας που απουσίαζαν πριν το τραύμα όπως: i) δυσκολία συγκέντρωσης, ii) υπεραγρύπνηση, iii) εκρήξεις θυμού, iv) αντίδραση ξαφνιάσματος. Τα συμπτώματα αυτά διαρκούν τουλάχιστον 4 εβδομάδες από την έκθεση σε τραυματικό γεγονός ενώ πολύ σημαντική κρίνεται η παρακολούθηση για υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στη σχολική, κοινωνική ή άλλη δραστηριότητα της ζωής του ατόμου.

Ειδικότερα, για ασυνόδευτους ανηλίκους τα συμπτώματα της διαταραχής μπορεί να περιλαμβάνουν αισθήματα ντροπής, αντικοινωνικότητα, επιθετικότητα ή παρορμητική συμπεριφορά. Επιπλέον, μπορεί να προκύψουν σωματικές ενοχλήσεις

και κρίσεις πανικού που πιθανόν να σχετίζονται με την αντίστοιχη διαταραχή πανικού. Σε πιο σπάνιες περιπτώσεις αναφέρεται η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρες. Η εμφάνιση του μετατραυματικού στρες εγκαθίσταται γρήγορα και ξεκινά μέσα σε μια περίοδο 3 μηνών περίπου από την έκθεση στο τραυματικό γεγονός. Υπάρχουν όμως και ορισμένες περιπτώσεις όπου μπορεί να εκδηλωθεί αρκετά αργότερα στη ζωή του ατόμου. Σε ότι αφορά τις επιλοκές της διαταραχής εντοπίζονται στοιχεία εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς και πιθανή κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων παράνομων ουσιών σε κάποιες περιπτώσεις εφήβων. Η καλή πρόγνωση της θεραπείας σε παιδιά και συγκεκριμένα σε ασυνόδευτους μετανάστες και πρόσφυγες είναι δύσκολη καθώς απαιτείται η επαρκής στήριξη από την οικογένεια ή η ύπαρξη άλλων κοινωνικών στηριγμάτων για μια θετική έκβαση (Σικελιανού, 2010).

2.7 Το μετατραυματικό στρες στους ασυνόδευτους ανηλίκους

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρθηκαν εκτενώς οι πιθανοί λόγοι μετακίνησης των ασυνόδευτων παιδιών σε άλλες χώρες που συχνά είναι πολιτικοί, οικονομικοί ή προσωπικοί. Τα ασυνόδευτα παιδιά ταξιδεύουν προς την Ευρώπη αναζητώντας προστασία για να ξεφύγουν από τις δύσκολες συνθήκες που επικρατούν στην πατρίδα τους ή για επανενωθούν με μέλη της οικογένειάς τους. Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι που καταφθάνουν στις χώρες υποδοχής έχουν βιώσει γεγονότα πολέμου, βία κάθε μορφής, διωγμούς, εκμετάλλευση και θάνατο μελών της οικογένειάς τους. Οι τραυματικές αυτές εμπειρίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με στόχο την ανάπτυξη ενδεχόμενης διαταραχής μετατραυματικού στρες όπως προκύπτει από διεθνείς έρευνες.

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Βέλγιο και στη Νορβηγία για τη ψυχική υγεία 307 ασυνόδευτων ανηλίκων, οι 247 δήλωσαν ως τραυματική εμπειρία το ότι βρίσκονται σε συνεχή κίνδυνο. Περίπου 240 ανέφεραν το θάνατο οικογενειακών προσώπων, 221 τη σωματική κακοποίηση και 192 ότι υπήρξαν μάρτυρες σε άσχημα γεγονότα. Ο πόλεμος σημειώθηκε από 171 ανήλικα παιδιά ενώ ο χωρισμός από την οικογένεια ως τραύμα από 146. Η έρευνα ουσιαστικά κατέδειξε την ευαλωτότητα των παιδιών και τον ήδη επιβαρυσμένο ψυχισμό τους πριν ακόμη φθάσουν στη χώρα υποδοχής (Αραπάκος, 2016).

Εκτός από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις χώρες τους τα ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά, ακολουθεί επιπλέον ένας νέος κύκλος στρεσογόνων παραγόντων στον οποίο εκτίθενται. Αυτός έχει να κάνει με τη δυσκολία προσαρμογής σε ένα καινούργιο και άγνωστο πολιτισμικά περιβάλλον αφού η ψυχική διαταραχή μετατραυματικού στρες εδραιώνεται στο άτομο εξαιτίας των απωλειών που βιώνει. Η κλιμάκωση της διαταραχής σε ασυνόδευτους νέους μπορεί να λαμβάνει χώρα μέσα σε τρία συνολικά στάδια τραυματικής εμπειρίας. Τα τρία στάδια αφορούν:

1. Τη χώρα καταγωγής
2. Τη διάρκεια της μετάβασης στο νέο περιβάλλον
3. Την εγκατάσταση στη νέα συνθήκη

Αρχικά, από τη χώρα καταγωγής τους τα ανήλικα παιδιά κουβαλούν πολλαπλά τραύματα καθώς έχουν εκτεθεί σε βία, βασανιστήρια και πόλεμο. Επίσης, η σχολική τους εκπαίδευση – εφόσον υπήρχε – διαταράσσεται ενώ η απώλεια φίλων και υποστηρικτικού περιβάλλοντος οδηγεί σε γενική ανασφάλεια και δυσφορία. Σύμφωνα με τους Fazel and Stein (2002), οι ανήλικοι ενδέχεται να έχουν απώλεια μνήμης για δυσάρεστα γεγονότα της ζωής τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ακόμη, κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη νέα χώρα γίνονται αποδέκτες επιπλέον άγχους. Λόγω του ότι η διάρκεια του ταξιδιού μπορεί να είναι μεγάλη η έκθεση των ανηλίκων προσφύγων σε απειλητικούς κινδύνους για τη ζωή τους είναι αρκετά συχνή. Ολοένα και περισσότεροι είναι αυτοί που πέφτουν στα χέρια λαθρεμπόρων και διακινητών για να εξασφαλίσουν μια ασφαλή διαφυγή από την πατρίδα τους. Στο τελευταίο στάδιο, κατά το οποίο έχουν εισέλθει στη νέα χώρα, χρειάζεται να αποδείξουν την αίτηση που καταθέτουν για την απόκτηση ασύλου και την αναγνώριση ή μη του προσφυγικού καθεστώτος. Παράλληλα, η διαμονή σε νέες συνθήκες και οι δυσκολίες ένταξης στην κοινότητα δημιουργούν προβλήματα, απογοήτευση και αίσθημα παραίτησης. Η περίοδος αυτή είναι εξαιρετικής σημασίας για αυτό και συχνά αποκαλείται «περίοδος δευτερογενούς τραύματος».

Σε συνάρτηση με τα παραπάνω, διαπιστώνουμε ότι τα ασυνόδευτα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με την απώλεια της οικογένειας, των συγγενών και των φίλων καθώς και με την απώλεια της γλώσσας και της κουλτούρας τους. Θα λέγαμε πως εμφανίζουν έντονα ένα «κοινωνικο-πολιτισμικό σοκ» λόγω της αποκοπής από την κοινότητα που ζούσαν, των εθίμων και των συνηθειών τους. Το αίσθημα της ταυτότητας του παιδιού

διαταράσσεται και θεωρεί πως δεν ανήκει κάπου. Συνέπεια του αισθήματος αυτού είναι η αποξένωση, η κοινωνική απομόνωση και η δυσκολία στη σύναψη νέων δεσμών και σχέσεων. Στη χώρα υποδοχής οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αισθάνονται μοναξιά, άγχος για την αποδοχή τους και ντροπή επειδή είναι διαφορετικοί. Σοβαρή παράλειψη θα αποτελούσε το να μην υπολογιστούν και άλλες καταστάσεις που συνδέονται με τη μετατραυματική διαταραχή. Για παράδειγμα, έντονη πίεση χαρακτηρίζει ασυνόδευτους ανηλίκους που πρέπει να προσφέρουν υποστήριξη και φροντίδα στα εναπομείναντα μέλη της οικογένειάς τους (συνήθως στα μικρότερα αδέρφια τους που μπορεί να ταξιδεύουν μαζί τους). Το ασυνόδευτο παιδί επιβαρύνεται όταν καλείται να αναλάβει γονεϊκό ή ενήλικο ρόλο από τη στιγμή που είναι υπαρκτή η απουσία γονικών φιγούρων στη ζωή του. Το μετατραυματικό στρες αναδύει στην επιφάνεια συμπτώματα και άλλων διαταραχών, θλίψη, αίσθημα ενοχής, ψύχωση, απαισιοδοξία για το μέλλον και αυτοκτονικές πράξεις (Αραπάκος, 2016).

Οι αντιδράσεις των παιδιών με μετατραυματική διαταραχή μπορεί να εκφράζονται μέσω της αποδιοργανωμένης ή διεγερτικής συμπεριφοράς. Ουσιαστικά, το τραυματικό γεγονός αναβιώνει μέσα από:

- ❖ Επαναλαμβανόμενες και ενοχλητικές ανακλήσεις του γεγονότος
- ❖ Επανελημμένα ενοχλητικά όνειρα
- ❖ Συναισθήματα αναβίωσης του γεγονότος
- ❖ Έντονες ενοχλήσεις μετά από νύξεις που μπορεί να συνδυάζονται με το τραυματικό γεγονός

Οι ανήλικοι με PTSD διακρίνονται από την τάση του να αποφεύγουν σκέψεις, συναισθήματα ή και συζητήσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός. Ακόμη, είναι εύκολο να αντιδρούν με υπερβολή στο ξάφνιασμα, να εμφανίζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής και να έχουν εκρήξεις θυμού. Σημαντικά επίσης είναι και τα ποσοστά ατόμων των οποίων το ενδιαφέρον μειώνεται κατακόρυφα τόσο για συμμετοχή όσο και ενασχόληση με δραστηριότητες που μπορεί να υπενθυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Αποτέλεσμα των συμπτωμάτων αυτών είναι η απομάκρυνση του παιδιού από τους άλλους, το «κλείσιμο» στον εαυτό του και η γενικότερη αποξένωση και απόσυρση (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Σε πολλές περιπτώσεις, ζητήματα όπως η καθυστέρηση στη χορήγηση ασύλου ή ακόμη και απόρριψη χορήγησής του εντείνουν συνεχώς το αίσθημα ανασφάλειας των

ασυνόδευτων παιδιών. Το άγχος τους για πιθανή επιστροφή στην πατρίδα τους από την οποία έφυγαν διωγμένοι αυξάνει τα συμπτώματα που παρουσιάζουν και επηρεάζει αρνητικά τη ψυχολογία τους. Για τα ασυνόδευτα παιδιά τα νομικά ζητήματα αποτελούν προτεραιότητα γεγονός που διαφαίνεται από το άγχος που αισθάνονται όταν θα πρέπει να προετοιμαστούν για τις συνεντεύξεις τους στις αρμόδιες Υπηρεσίες Ασύλου. Μέσω της διαδικασίας αυτής είναι αναγκασμένα να βιώσουν αλλά και να αφηγηθούν με κάθε λεπτομέρεια τα τραυματικά γεγονότα στα οποία ήταν αποδέκτες προκειμένου να πείσουν με κάθε τρόπο την Υπηρεσία Ασύλου να κάνει δεκτή την αίτησή τους. Στην περίπτωση απόρριψής τους από τη διαδικασία αναβιώνουν το τραύμα συνοδευόμενο από αισθήματα απογοήτευσης και αβοηθητότητας (Κουνιάκης, 2017).

Σε ακόμη μια μελέτη που έλαβε χώρα στο Ηνωμένο Βασίλειο συμμετείχαν 150 ασυνόδευτοι ανήλικοι από το Αφγανιστάν. Οι ανήλικοι μοιράστηκαν τις εμπειρίες τους για τους σκοπούς της έρευνας στις οποίες κατεγράφησαν: η διαβίωση σε ανθυγιεινές συνθήκες και σε περιβάλλον εγκλεισμού, ο ταραχώδης ύπνος και η απώλεια όρεξης ενώ σημειώθηκε ότι «η καθημερινότητά τους χαρακτηρίζεται από στέρηση» (Mougne, 2010).

Τέλος, ελλιπείς διαδικασίες εντοπισμού και προστασίας ασυνόδευτων ανήλικων παιδιών στον ευρωπαϊκό χώρο εντείνουν νέες δυσκολίες. Τα παιδιά που εντοπίζονται είναι υποχρεωμένα να εισαχθούν στην ονομαζόμενη «προστατευτική φύλαξη» έως ότου μεταφερθούν σε κατάλληλες δομές. Η προστατευτική φύλαξη σημαίνει την παραμονή τους σε κλειστά κέντρα ή στα κρατητήρια αστυνομικών τμημάτων για μεγάλα διαστήματα. Παράλληλα, οι δομές φιλοξενίας που έχουν συσταθεί για ασυνόδευτους ανήλικους είναι ελάχιστες ενώ ακόμη και όταν υπάρχουν θέσεις για φιλοξενία, αυτές στοχεύουν στην κάλυψη βασικών αναγκών και όχι στη διαχείριση ζητημάτων ψυχικής υγείας. Η κράτηση των ασυνόδευτων ανήλικων λοιπόν στη προστατευτική φύλαξη, επιβαρύνει τη ψυχική υγεία τους, τους προσθέτει επιπλέον άγχος και επιτείνει τα ήδη υπαρκτά προβλήματά τους (Πουλαράκης, 2017).

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών και ειδικότερα του συνδρόμου PTSD σε ασυνόδευτους ανήλικους παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις. Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες πρόσφυγες και μετανάστες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης επιπολασμού της

διαταραχής μετατραυματικού στρες συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Για παράδειγμα, σε μελέτη νεοαφιχθέντων παιδιών προσφύγων προκύπτει ένα ποσοστό από 49% - 69% που εκδηλώνει σημαντικά επίπεδα άγχους ενώ το ποσοστό αυξάνεται δραματικά όταν μέλη της οικογένειας έχουν βασανισθεί ή οι γονείς έχουν χωριστεί από το παιδί τους. Για το λόγο αυτό, σε ανήλικους πρόσφυγες και μετανάστες δεν εκδηλώνεται ένα κοινό σύμπτωμα διαφόρων διαταραχών αλλά ένα μείγμα συμπτωμάτων που δεν καλύπτεται κατά ανάγκη από μία διαγνωστική κατηγορία. Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώνεται από μελέτη που παρακολούθησε για αρκετά χρόνια τις περιπτώσεις 46 ανήλικων παιδιών προσφύγων της Καμπότζης όπου το 47% σε διάγνωση παρουσίαζε συννοσηρότητα. Πιο συγκεκριμένα, αποδείχθηκε η συνύπαρξη περισσότερων των μία διαταραχών με τη μετατραυματική διαταραχή στρες να βρίσκεται στην κορυφή με 40%, η κατάθλιψη με 21% και το άγχος στο 10%. Στη συνέχεια, έπειτα από follow-up 3 ετών διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά ήταν ακόμη υψηλότερα με την PTSD στο 48% και την κατάθλιψη στο 41% στοιχείο που υποδηλώνει ότι οι ανήλικοι με την πάροδο του χρόνου ήταν εκτεθειμένοι σε επιπλέον τραυματικές εμπειρίες (World Health Organization, 2018) και (Fazel and Stein, 2002).

Με βάση όλα όσα αναφέρθηκαν, παρατηρούνται αρκετές δυσκολίες για τη ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων. Πρακτικές για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες περιλαμβάνουν την προσωρινή νοσηλεία στο νοσοκομείο, πιο σπάνια τη φαρμακευτική αγωγή και την επιστροφή στις δομές φιλοξενίας. Η καλή πρόγνωση για τη ψυχική υγεία των ασυνόδευτων παιδιών είναι στενά συνδεδεμένη με το διαθέσιμο υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, με μία εξωτερική κοινωνική υπηρεσία που θα επιβλέπει και θα ενισχύει τις προσπάθειες του παιδιού καθώς και με μία θετική διάθεση προσωπικότητας.

2.8 Η θεραπεία της μετατραυματικής διαταραχής

Η θεραπεία που ενδείκνυται για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες δεν είναι πάντοτε εύκολη διότι εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το χρονικό διάστημα εκδήλωσης των συμπτωμάτων στο ανήλικο παιδί. Η επιλογή εύρεσης της κατάλληλης μεθόδου σχετίζεται στενά με τη θεωρητική προσέγγιση που υιοθετεί ο ειδικός για την κατανόηση της αιτιολογίας του προβλήματος αλλά και την πιθανή ύπαρξη άλλων ψυχικών διαταραχών.

Η πλειονότητα ερευνητικών δεδομένων υποστηρίζει ότι τεχνικές που στηρίζονται στη θεωρία της συμπεριφοράς είναι αρκετά αποτελεσματικές τόσο για τις αγχώδεις διαταραχές όσο και για τη μετατραυματική διαταραχή στρες. Σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς ο καλύτερος τρόπος για να νικήσει κάποιος το πρόβλημά του είναι να το αντιμετωπίσει μέσα από διάφορες τεχνικές που οδηγούν σε συστηματική ιεράρχηση των φόβων και των σκέψεων με στόχο τη σταδιακή προετοιμασία του ατόμου να τις αντιμετωπίσει με ή χωρίς τη βοήθεια θεραπευτή. Μέσα από τη διαδικασία αυτή οι ανήλικοι ενθαρρύνονται να πλησιάσουν γεγονότα και καταστάσεις που τους τρομάζουν ή τους προκαλούν φόβο ιεραρχώντας παράλληλα τις αγχογόνες καταστάσεις (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Αν και η έκθεση των παιδιών αυτών σε πραγματικές συνθήκες τονώνει το αίσθημά τους ότι έχουν την ικανότητα να τις αντιμετωπίσουν, σε πρακτικό επίπεδο συναντώνται σημαντικές δυσκολίες λόγω της αναβίωσης τραυματικών εμπειριών (flashbacks) ειδικά σε θύματα πολέμου, βιασμού και θύματα που ήταν παρόντα στο θάνατο αγαπημένων τους προσώπων.

Άλλο ένα είδος θεραπευτικής παρέμβασης στη μετατραυματική διαταραχή στρες είναι και η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Σύμφωνα με την Παπαδάτου και Μπελλάλη (2008), η γνωσιακή θεραπεία ξεκινά με την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ του θεραπευτή και του ασυνόδευτου ανηλίκου η οποία στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια και την κατανόηση. Η θεραπευτική αντιμετώπιση ξεκινά με τον προσδιορισμό του προβλήματος, το είδος και την έντασή του ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο ιστορικό του παιδιού και στις προσδοκίες που έχει από τη διαδικασία. Σε όλη την πορεία της θεραπείας αξιολογούνται οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις του παιδιού ή του εφήβου και εντοπίζονται γνωσιακές διαστρεβλώσεις σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Ανάλογα με τους στόχους της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης οι τεχνικές της γνωσιακής προσέγγισης εστιάζουν σε έξι κυρίως κατηγορίες: i) *τεχνικές επικεντρωμένες στις αυτόματες σκέψεις* όπου εξωτερικεύονται οι αρνητικές αυτόματες σκέψεις, ii) *τεχνικές για την εξάλειψη γνωσιακών διαστρεβλώσεων* με σκοπό την ανίχνευση της καταστροφολογίας, iii) *τεχνικές για την αλλαγή των γνωσιακών αναπαραστάσεων* όπου χρησιμοποιείται η τεχνική καταγραφής εναλλακτικών υποθέσεων, iv) *τεχνικές για το χειρισμό νοητικών εικόνων* με στόχο τον περιορισμό φαντασιώσεων, v) *τεχνικές για τον έλεγχο επαναλαμβανόμενων σκέψεων* με

προσπάθεια αλλαγής του προσανατολισμού της σκέψης και vi) τεχνικές για τον έλεγχο και αλλαγή συμπεριφοράς όπου το παιδί μαθαίνει να αυτό-καθοδηγείται και εξασκείται στην εφαρμογή σαφών οδηγιών για να επιτευχθεί μία νέα συμπεριφορά απέναντι στο πρόβλημα.

Για την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε νέους συχνά έχουν εφαρμοστεί και πολλές μορφές φαρμακευτικής αγωγής. Η αντιμετώπιση της διαταραχής με φάρμακα δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς ενώ αρκετές φορές δυσχεραίνει αντί να διευκολύνει την καθημερινότητα των παιδιών αφού γίνονται αποδέκτες των παρενεργειών τους. Μία φαρμακευτική αγωγή για αντιμετώπιση της PTSD θα ήταν αποτελεσματικότερη στην περίπτωση ύπαρξης και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε ενδεχόμενη ύπαρξη συνοσηρότητας μπορούν να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα σε μικρή δοσολογία ή φάρμακα σε υγρή μορφή (λήψη εκ στόματος) που υποστηρίζουν τα άτομα στην ποιότητα του ύπνου και την αποφυγή αναβίωσης τραυματικών ονείρων και εφιαλτών (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006).

Τέλος, θα πρέπει να γίνει ξεκάθαρο πως οποιαδήποτε θεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει να γίνεται εξατομικευμένα ανάλογα με τις ανάγκες και τις ικανότητες του θεραπευόμενου. Ειδικότερα, θα πρέπει να τονιστεί η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας του παιδιού στην πορεία της θεραπείας. Αν αναλογιστούμε την απουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος των ασυνόδευτων ανηλίκων, κατανοεί κανείς τις δυσκολίες και τα εμπόδια που μπορεί να έχει ένα τέτοιο εγχείρημα καθώς και την επιβεβλημένη συμμετοχή των φροντιστών ή των νόμιμων εκπροσώπων του παιδιού στη θεραπεία.

2.9 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους από Μ.Κ.Ο στην Ελλάδα

Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με έντονη ενασχόληση στους τομείς της Κοινωνικής πρόνοιας, της υγείας και του περιβάλλοντος. Χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες. Οι περισσότερες αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους είτε σε εθνικό είτε σε διεθνές επίπεδο καθώς η βασική τους φιλοσοφία είναι το αίσθημα προσφοράς σε όλους τους συνανθρώπους χωρίς διακρίσεις και η προάσπιση των δικαιωμάτων τους. Οι Μ.Κ.Ο έχουν τη δυνατότητα να απασχολούν προσωπικό, να εμπλέκονται σε δραστηριότητες που αποφέρουν κέρδη και να ενισχύουν το

κομμάτι του εθελοντισμού. Η χρηματοδότησή τους πηγάζει από προγράμματα που τους αναθέτουν τα κράτη και υπερεθνικοί φορείς όπως ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) ή η Ευρωπαϊκή ένωση (Σταθόπουλος, 2005).

Σε ότι αφορά την Ελλάδα, οι υπηρεσίες για τη ψυχική υγεία των πολιτών έχουν πληγεί σημαντικά λόγω της έντονης οικονομικής κρίσης της χώρας τα τελευταία 10 περίπου χρόνια. Έτσι, μπορεί εύκολα να αντιληφθεί κανείς την ολοένα και μεγαλύτερη συρρίκνωση των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας ακόμη και για τις πιο ευάλωτες ομάδες. Από το 2015 κι έπειτα η χώρα δέχθηκε τεράστια μεταναστευτικά ρεύματα προσπαθώντας να υλοποιήσει ένα αποτελεσματικό σχέδιο δράσης για τη διαχείριση των πληθυσμών αυτών. Ανάμεσα στις πολλές ανάγκες που προκύπτουν πρέπει να δοθεί η απαιτούμενη προσοχή στη ψυχική υγεία των πιο ευάλωτων κατηγοριών μεταναστών και προσφύγων όπως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, τα παιδιά, οι γυναίκες και τα άτομα με αναπηρίες.

Το κενό και τις δυσκολίες από πλευράς του κράτους κλήθηκαν να καλύψουν και πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις με τη συνεισφορά τους στους μετακινούμενους πληθυσμούς. Ανάμεσα στις υπηρεσίες τους για τη κάλυψη των πρώτων αναγκών των ωφελούμενων, την υποστήριξη και τη διασύνδεση με την τοπική κοινότητα διακρίνεται και ο ρόλος τους στη συνεργασία με ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά. Ενδεικτικά, παρακάτω θα παρουσιαστεί σύντομα το έργο και η παροχή υπηρεσιών Μ.Κ.Ο. για τη ψυχική υγεία των ασυνόδευτων παιδιών. Αν και υπάρχουν πολλές Μ.Κ.Ο. που στηρίζουν την ευάλωτη ομάδα των ανηλίκων, αυτές που θα παρουσιαστούν επιλέχθηκαν για τους εξής λόγους: α) πιθανή συμμετοχή τους στη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας λόγω επαγγελματικής συνεργασίας με τον ερευνητή, β) εμπειρία σε ζητήματα ασυνόδευτων ανηλίκων και γ) ειδικευση στην παροχή υπηρεσιών για τη ψυχική υγεία μετακινούμενων πληθυσμών. Με βάση τα κριτήρια αυτά παρουσιάζονται οι υπηρεσίες που προσφέρουν στην Ελλάδα σχετικά με το διαπραγματευόμενο θέμα οι εξής Μ.Κ.Ο:

1. Γιατροί του Κόσμου Ελλάδος – Medecins Du Monde Greece

Οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδος ιδρύθηκαν το 1990 και αποτελούν ιατρική, ανθρωπιστική Μη Κυβερνητική Οργάνωση μέλος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου που αποτελείται από 16 αντιπροσωπείες σε διάφορες χώρες. Κύρια αρχή της οργάνωσης είναι ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει δικαίωμα σε ανθρωπιστική

βοήθεια ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, το σεξουαλικό προσανατολισμό και τη θρησκεία. Οι Γιατροί του Κόσμου δρουν με βάση τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας ενώ κατά τη δράση τους στην Ελλάδα έχουν δημιουργήσει ένα σημαντικό δίκτυο υπηρεσιών και προγραμμάτων για περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και χρειάζονται ιατρική περίθαλψη (<https://mdmgreece.gr>).

Έχοντας εντοπίσει τα κενά και τους περιορισμούς του συστήματος ψυχικής υγείας της χώρας οι Γιατροί του Κόσμου εστίασαν στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για τους πιο ευάλωτους συνανθρώπους μέσω του προγράμματος «Open Minds: Προωθώντας τη ψυχική υγεία και την ευεξία στην κοινότητα». Μέσω του προγράμματος αρκετοί ασυνόδευτοι ανήλικοι αλλά και ανήλικα παιδιά οικογενειών προσφύγων και μεταναστών έλαβαν υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής τους υγείας μέσω των:

- ✓ Διασφάλιση πρόσβασης σε δωρεάν και ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- ✓ Ψυχοκοινωνική υποστήριξη
- ✓ Παραπομπές σε δευτεροβάθμιες δομές υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής πρόνοιας
- ✓ Ατομικές συνεδρίες και λήψη κοινωνικού ιστορικού
- ✓ Δράσεις ευαισθητοποίησης για την προσέγγιση του τομέα ψυχικής υγείας (<https://mdmgreece.gr>).

2. Βαβέλ Κέντρο Ημέρας – Ψυχική Υγεία Μεταναστών

Το Βαβέλ ξεκίνησε τη λειτουργία του το Νοέμβριο του 2007 στην Κυψέλη με σκοπό τη φροντίδα της ψυχικής υγείας των μεταναστών που διακρίνονται για την τριπλή ετερότητά τους: τη μεταναστευτική συνθήκη, τη διαφορετική εθνοπολιτισμική καταγωγή και την εμπειρία της ψυχικής διαταραχής. Σήμερα η ευθύνη λειτουργίας του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ ανήκει στη «Συν-ειρμός ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης» και παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε πρόσφυγες και μετανάστες καθώς και σε ασυνόδευτα ανήλικα μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- ✓ Η διάγνωση, η εκτίμηση της λειτουργικότητας και της ανθεκτικότητας του ατόμου
- ✓ Εκτίμηση πιθανής ευαλωτότητας
- ✓ Συμβουλευτική ψυχοθεραπεία σε παιδιά και γονείς
- ✓ Παιδοψυχιατρική παρακολούθηση
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη
- ✓ Διασύνδεση και παραπομπή με υπηρεσίες και άλλους φορείς
- ✓ Ειδικές θεραπείες (λογοθεραπεία, ειδική αγωγή, εργοθεραπεία)

Η κάθε παρέμβαση λαμβάνει χώρο τόσο σε ατομικό, οικογενειακό ή ομαδικό επίπεδο. Οι ομαδικές δραστηριότητες για παιδιά πηγάζουν από την ανάγκη για κοινωνικοποίηση, ενδυνάμωση και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητάς τους (<https://babeldc.gr/>)

3. Άρσις – Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων

Η «ΑΡΣΙΣ» είναι μία ελληνική κοινωνική μη κυβερνητική οργάνωση που δραστηριοποιείται από το 1992 στην υποστήριξη παιδιών και νέων καθώς και στην προάσπιση των δικαιωμάτων τους. Τα κέντρα της ΑΡΣΙΣ λειτουργούν σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη ενώ έχει αναπτύξει δομές και ξενώνες σε πολλές πόλεις της Ελλάδας όπως η Αλεξανδρούπολη, ο Βόλος, η Κοζάνη και η περιοχή της Ηπείρου.

Οι δράσεις της ΑΡΣΙΣ επικεντρώνονται σε παιδιά και νέους με στόχο την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, τη συμμετοχή σε δίκτυα και τη συνεργασία με άλλους φορείς. Υποστηρίζει παιδιά από την προσχολική ηλικία και νέους από 15 έως και 21 χρονών περίπου. Στόχοι της είναι η πρόσβαση όλων των παιδιών στα κοινωνικά αγαθά και η αντιμετώπιση συνθηκών που έχουν να κάνουν με την έλλειψη στέγης, την παραμέληση, την παιδική εργασία, την κακοποίηση και εκμετάλλευση, τη μετανάστευση και προσφυγιά. Από το Δεκέμβρη του 2014, η ΑΡΣΙΣ ξεκίνησε μια καμπάνια για την παιδική εργασία με παρεμβάσεις κινητής μονάδας στο δρόμο και το κινητό σχολείο (street mobile school).

Όσον αφορά το μεταναστευτικό ζήτημα και τους ασυνόδευτους ανηλίκους η ΑΡΣΙΣ λειτουργεί ξενώνες για την ασφαλή διαμονή των παιδιών. Οι ξενώνες

βρίσκονται στη Θεσσαλονίκη, στην Αλεξανδρούπολη, στο Βόλο και στην Αθήνα ενώ οι κλίνες στο σύνολό τους ανέρχονται στις 170 περίπου. Οι ασυνόδετοι ανήλικοι διαμένουν σε ένα ασφαλές και οργανωμένο περιβάλλον που στοχεύει:

- ❖ Στην εκπαίδευσή τους
- ❖ Στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών
- ❖ Νομική υποστήριξη
- ❖ Ψυχοκοινωνική υποστήριξη με διεπιστημονικό προσωπικό
- ❖ Αθλητικές δραστηριότητες
- ❖ Εξωτερικές δραστηριότητες για διασύνδεση με τη τοπική κοινότητα

Παράλληλα με τη λειτουργία των ξενώνων, από την ΑΡΣΙΣ συστάθηκαν και οι «ασφαλείς ζώνες» - safe zones για ασυνόδετα ανήλικα παιδιά που βρέθηκαν σε καθεστώς προστατευτικής φύλαξης. Η οργάνωση από το 2015 υποστηρίζει ασυνόδετους ανήλικους που βρίσκονται σε χώρους κράτησης με σκοπό να ενταχθούν όσο πιο άμεσα γίνεται στο υποστηρικτικό της δίκτυο. Σήμερα, μέσω κινητών μονάδων η οργάνωση στοχεύει:

- Στον εντοπισμό ανηλίκων παιδιών
- Στην ενημέρωσή τους και στην παροχή πληροφοριών
- Στη ψυχοκοινωνική ενδυνάμωση τους κατά τις συνθήκες κράτησης
- Στη νομική υποστήριξη των υποθέσεών τους
- Και στη γενική παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας του κάθε παιδιού (www.arsis.gr).

4. Σύλλογος Μερίμνης Ανηλίκων και Νέων

Ο «Σύλλογος Μερίμνης Ανηλίκων και Νέων» είναι φιλανθρωπικό σωματείο που ιδρύθηκε το 1924 και το έργο του επικεντρώνεται στην προστασία ανηλίκων προσφύγων και μεταναστών μέσω του ξενώνα που λειτουργεί στο κέντρο της Αθήνας. Σκοπός του Συλλόγου είναι η υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας σε ασυνόδετα παιδιά και νέους – αιτούντες άσυλο που προέρχονται κυρίως από χώρες που βιώνουν πολέμους και καταστροφές. Στόχος του φορέα είναι η κάλυψη όλων των αναγκών των φιλοξενούμενων πάντα με σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και τη φροντίδα οικογενειακού τύπου βάση της

Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Παιδιού και των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής.

Τα ασυνόδευτα παιδιά που φιλοξενούνται στο ξενώνα του φορέα αποκτούν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής, εγγράφονται στο σχολείο, απολαμβάνουν πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και προετοιμάζονται για να ενταχθούν όσο είναι δυνατό στην ελληνική κοινωνία σε περίπτωση που το αίτημα επανένωσης με την οικογένειά τους δεν επιτευχθεί. Αξίζει να αναφερθεί πως μέσω της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης οι ανήλικοι έχουν τη δυνατότητα να συναντούν ψυχολόγο και κοινωνικούς λειτουργούς μέσω τακτικών ατομικών ή ομαδικών συνεδριών όπου καταθέτουν τις εμπειρίες τους, τα προσωπικά τους βιώματα και τις δυσκολίες που συναντούν στην καθημερινότητά τους. (www.sman-athens.org)

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ – Η ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ»

3.1 Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης είναι να παρουσιαστούν τα παρεχόμενα προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους πρόσφυγες και μετανάστες από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Στα πλαίσια των προθέσεων της παρούσας μελέτης περιλαμβάνονται η καταγραφή και ο τρόπος λειτουργίας των προγραμμάτων ψυχικής υγείας που απευθύνονται στον πληθυσμό – στόχο, η αναζήτηση και ερμηνεία στοιχείων που καθιστούν τα προγράμματα αυτά αποτελεσματικά καθώς και οι ενδεχόμενες συνέπειες που μπορεί να επιφέρει η διακοπή τους στη ψυχοσύνθεση των ατόμων που έχουν ενταχθεί σε αυτά. Επίσης, μέσα από την έρευνα μπορεί να προκύψουν ιδιαίτερος σημαντικά δεδομένα όπως οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι τεχνικές και μέθοδοι που εφαρμόζονται κατά τη θεραπεία.

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη μελέτη επιχειρεί να δώσει απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες οι παρεχόμενες υπηρεσίες των προγραμμάτων ψυχικής υγείας Μ.Κ.Ο σε ασυνόδευτους ανηλίκους;
2. Ποιοι οι τρόποι/μέσα με τα οποία αξιολογούνται τα προγράμματα;
3. Ποια είναι τα κριτήρια που καθιστούν τα προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα παιδιά αποτελεσματικά;
4. Ποιες οι συνέπειες ενδεχόμενης διακοπής χρηματοδότησης των υπηρεσιών αυτών στη ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων και μεταναστών;

3.2 Η ποιοτική έρευνα

Η έρευνα ορίζεται ως: «μία μεθοδική αναζήτηση που κάνει κάποιος για να προσθέσει κάτι επιπλέον στις γνώσεις του και στις γνώσεις των άλλων, με την ανακάλυψη σημαντικών πραγμάτων ή απόψεων» (Howard and Sharp, 2001: 27). Η ερευνητική διαδικασία μπορεί να αποτελέσει μία πρωτόγνωρη και ελκυστική εμπειρία για ανθρώπους που επιθυμούν να διευρύνουν τις γνώσεις τους και να ανακαλύψουν νέους ορίζοντες. Συνήθως οι ερευνητικές μέθοδοι διακρίνονται σε ποιοτικές και ποσοτικές με τις πρώτες να αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης ενός φαινομένου και τις δεύτερες να εστιάζουν σε συγκεκριμένους χαρακτήρες γύρω από ένα φαινόμενο.

Η ποιοτική έρευνα τις τελευταίες δεκαετίες παρουσιάζεται ως η ιδανική μεθοδολογία έρευνας η οποία εφαρμόζεται σχεδόν σε ολόκληρο το πεδίο των κοινωνικών επιστημών καθώς έχει φυσιολογική ροή και δεν είναι εύκολα κατευθυνόμενη από τον ερευνητή. Αν και είναι δύσκολη η διατύπωση ενός συγκεκριμένου ορισμού για την ποιοτική έρευνα, παρακάτω καταγράφεται ένας πιο ειδικός ορισμός:

«Η ποιοτική έρευνα είναι μία δραστηριότητα, η οποία τοποθετεί τον παρατηρητή στον κόσμο. Αυτή συνίσταται σε ένα σύνολο ερμηνευτικών και υλικών πρακτικών, οι οποίες κάνουν τον κόσμο ορατό. Σε αυτό το επίπεδο, η ποιοτική έρευνα περιλαμβάνει μια ερμηνευτική προσέγγιση στον κόσμο. Αυτό σημαίνει ότι οι ποιοτικοί ερευνητές μελετούν τα πράγματα στο φυσικό τους πλαίσιο, επιχειρώντας να δώσουν νόημα ή να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα με όρους των νοημάτων που οι άνθρωποι δίνουν σε αυτά» (Ίσαρη και Πουρκός, 2015: 11-12).

Απαιτείται να τονιστεί πως η ποιοτική έρευνα μπορεί να διεισδύσει στην προσωπικότητα των υποκειμένων και να εξετάσει τις κοινωνικές επιρροές που αυτά έχουν δεχτεί. Η ποιοτική μεθοδολογία έρευνας επιχειρεί να συνδυάσει με λογικό τρόπο τα δεδομένα με τα στοιχεία και τις καταστάσεις προκειμένου να καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα και να υπογραμμίσει τη σπουδαιότητά τους (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008).

Στο σημείο αυτό, γίνεται αντιληπτό ότι η ποιοτική έρευνα δε σχετίζεται με αριθμούς ή μαθηματική λογική. Ο ρόλος της είναι να καταγράψει τα όσα λένε οι συμμετέχοντες με σκοπό να ερμηνεύσει γιατί μπορεί να απαντούν ή να περιγράφουν με συγκεκριμένους τρόπους. Ουσιαστικά, επιδιώκει να κατανοήσει την ποιότητα των λεγομένων των συμμετεχόντων και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Κύριο

χαρακτηριστικό της ποιοτικής έρευνας είναι η εξερεύνηση και η εις βάθος ερμηνεία από την πλευρά του ερευνητή των αντιλήψεων ή πεποιθήσεων που έχουν ορισμένα άτομα απέναντι σε κάποιο φαινόμενο. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται μία ολιστική και αρτιότερη γνώση για το υπό έρευνα θέμα που συνήθως απαντά σε ερωτήματα του «πώς» και του «γιατί» (Μαντζούκας, 2007).

Κατά συνέπεια, η ποιοτική έρευνα εξετάζει τα φαινόμενα μέσα από τις ιστορίες και εμπειρίες των συμμετεχόντων ενώ εστιάζει στην ποικιλία της κοινωνικής ζωής. Ως εκ τούτου δεν αναζητούνται μόνο οι αντιπροσωπευτικές περιπτώσεις αλλά και οι αρνητικές ή οι αποκλίνουσες που θα δώσουν ενδιαφέρον στην έρευνά μας. Πολύ σημαντική κρίνεται η ανακάλυψη νέων πτυχών και διαστάσεων του θέματος και η κατανόησή τους από πλευράς του ερευνητή. Η εμπλοκή του ερευνητή στο πεδίο της έρευνας κρίνεται απαραίτητη καθώς η επικοινωνία του με τα υποκείμενα είναι επιβεβλημένη. Ο ερευνητής είναι αυτός που θα ζωντανέψει τα ουσιώδη στοιχεία, θα επιλέξει τι μπορεί να συμπεριληφθεί στα αποτελέσματα και τι όχι και θα παραμείνει όσο πιο αντικειμενικός γίνεται. Μάλιστα, οι αναστοχασμοί του σε συνδυασμό με τις παρατηρήσεις, τα συναισθήματα και τις σημειώσεις του μπορούν να αξιοποιηθούν κατά τη διάρκεια της ερμηνείας των δεδομένων (Τσιώλης, 2013) και (Παρασκευοπούλου-Κόλλια, 2008).

Ιδιαίτερη μνεία κάνει και ο Mishler στο Μάγος (2005), υπογραμμίζοντας τη σημαντικότητα της επικοινωνίας μεταξύ του συνεντευκτή και του ερωτώμενου αφού από κοινού πλαισιώνουν νοηματικά και οικοδομούν το πλαίσιο των ερωτήσεων και των απαντήσεων της ποιοτικής έρευνας. Κατά καιρούς και άλλοι ερευνητές ανέδειξαν την ιδιαιτερότητα της σχέσης μεταξύ των δύο αυτών προσώπων η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από αλληλεπίδραση, ειλικρίνεια και συναισθηματική νοημοσύνη.

Για όλους τους παραπάνω λόγους πραγματοποιήθηκε η επιλογή της ποιοτικής έρευνας για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας. Επιπροσθέτως, άλλα πλεονεκτήματα όπως το χαμηλό κόστος, τα άμεσα και κατανοητά αποτελέσματα αλλά και η αντιμετώπιση των συμμετεχόντων ως οντότητες και όχι ως αριθμούς συντέλεσαν στην επιλογή της μεθόδου. Στην περίπτωση αυτή, η ποιοτική έρευνα μπορεί να συμβάλλει θετικά ώστε οι ίδιοι οι συμμετέχοντές της (διεπιστημονικό προσωπικό σε προγράμματα ψυχικής υγείας Μ.Κ.Ο για ασυνόδευτα ανήλικα) να καταθέσουν τις προσωπικές τους εμπειρίες, τα αισθήματα, τα κίνητρα

και τις επιδιώξεις τους. Με αυτό τον τρόπο, αναμένεται να δοθεί μία περισσότερο επεξεργασμένη γνώση και ερμηνεία τόσο γύρω από το σύγχρονο φαινόμενο της ψυχικής υγείας σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες όσο και για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.3 Η ημιδομημένη συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο

Η συνέντευξη ως μεθοδολογικό εργαλείο αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες ερευνητικές μεθόδους στον τομέα των κοινωνικών επιστημών. Χαρακτηρίζεται ως ένας διάλογος μεταξύ δύο ατόμων και συνήθως περιλαμβάνει το συνεντευκτή και τον ερωτώμενο. Η μέθοδος της συνέντευξης είναι ένας ευέλικτος τρόπος του να μαθαίνει κανείς, να προσδίδει νόημα στις ερωτήσεις και τις απαντήσεις, να ρωτά άμεσα ανθρώπους για καταστάσεις ή φαινόμενα και να παρατηρεί συμπεριφορές. Εκτός των όσων αναφέρθηκαν, αποτελεί και αφορμή για την έναρξη σημαντικών συζητήσεων μέσα από τις οποίες ο ερευνητής καλείται να ανακαλύψει κίνητρα, κινήσεις και μη λεκτικά μηνύματα που στη συνέχεια μπορούν να του δώσουν ενδιαφέροντα στοιχεία.

Για τους Cohen et al. (2008: 449), η συνέντευξη «ορίζεται ως μία ανταλλαγή απόψεων μεταξύ δύο η περισσότερων ατόμων για ένα θέμα κοινού ενδιαφέροντος με στόχο την παραγωγή γνώσης. Οι συνεντεύξεις δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να συζητήσουν και να εκφράσουν τους τρόπους με τους οποίους προσεγγίζουν ορισμένες καταστάσεις μέσα από το δικό τους πρίσμα». Σκοπός λοιπόν της διαδικασίας δεν είναι αποκλειστικά η συλλογή των δεδομένων και η ανάλυσή τους αλλά το ότι η συνέντευξη είναι κομμάτι της ίδιας της ζωής.

Εν συνεχεία, η μέθοδος της συνέντευξης συχνά διακρίνεται σε τρεις διαθέσιμους τύπους που περιλαμβάνουν τις: i) δομημένες, ii) ημιδομημένες και iii) μη δομημένες. Σχετικά με την ημιδομημένη συνέντευξη που έχει επιλεγεί για την εκπόνηση της ερευνητικής διαδικασίας της παρούσας εργασίας χρειάζεται να αναφερθεί πως παρότι περιλαμβάνει προκαθορισμένες ερωτήσεις δύναται να τροποποιηθεί η διάταξή της εφόσον το κρίνει ο συνεντευκτής. Με λίγα λόγια, η σειρά των ερωτήσεων μπορεί να αλλάξει ή και κάποιες να παραληφθούν ανάλογα με τον ερωτώμενο. Επίσης, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να δώσει διευκρινίσεις ή εξηγήσεις για το νόημα κάποιας ερώτησης ή να απλουστεύσει τη διάταξη ορισμένων. Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις σε συνδυασμό με τις ερωτήσεις ανοικτού τύπου επιτρέπουν στον

ερωτώμενο να εκφράσει τις δικές του απόψεις και να μοιραστεί τις προσωπικές του εμπειρίες με δικά του λόγια και δίχως περιορισμούς. Αξίζει να τονιστεί πως το συγκεκριμένο μεθοδολογικό εργαλείο χρησιμοποιείται ευρέως σε ευέλικτα ποιοτικά σχέδια ενώ ο ερευνητής είναι αυτός που αποφασίζει κάθε φορά τι φαίνεται καταλληλότερο σύμφωνα με τα ερευνητικά του ερωτήματα (Robson, 2010) και (Πουλόπουλος και Τσιμπουκλή, 1995).

Είναι φανερό ότι για τη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία επιλέχθηκε η ημιδομημένη μορφή συνέντευξης καθώς πιστεύω πως είναι ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής δεδομένων που ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στο σχέδιο της έρευνάς μου. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή δίνει ευελιξία σε κάποιον να εστιάσει όπου ο ίδιος κρίνει αλλά και στους συμμετέχοντες να εκφραστούν ελεύθερα με το δικό τους τρόπο. Θεωρώ λοιπόν πως μέσα από αυτό τον τύπο συνέντευξης θα αναδειχθεί η προσωπική εμπειρία και γνώση του κάθε ερωτώμενου και θα προκύψουν ενδιαφέροντα στοιχεία που ίσως να μην είχαν προβλεφθεί νωρίτερα από τον ερευνητή.

3.4 Ο πληθυσμός της μελέτης

Ο πληθυσμός – στόχος της ερευνητικής μελέτης επιλέχθηκε με κριτήρια το ενδιαφέρον του ερευνητή, τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων και τη διαθέσιμη βιβλιογραφία και πηγές. Στο αρχικό σχεδιάγραμμα υλοποίησης της μελέτης είχαν επιλεγεί να συμμετέχουν ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες και μετανάστες με διαγνωσμένη μετατραυματική διαταραχή που θα κατέθεταν τις απόψεις τους και τις εμπειρίες τους σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες προγραμμάτων ψυχικής υγείας από Μ.Κ.Ο στην Ελλάδα ενώ μάλιστα θα αξιολογούσαν και την ποιότητα των προγραμμάτων.

Ωστόσο, η επιθυμία για συμμετοχή ασυνόδευτων ανηλίκων στην ερευνητική μελέτη δε κατέστη δυνατή λόγω: i) του στοιχείου της ανηλικότητας, ii) την εύρεση ανηλίκων με διαγνωσμένη μόνο τη διαταραχή αυτή και iii) της άρνησης των φορέων να διαθέσουν ωφελούμενους στη διαδικασία της έρευνας. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν, πως ο αρχικός σχεδιασμός της έρευνας άλλαξε σημαντικά και στη συνέχεια επιλέχθηκε να συμμετέχει το διεπιστημονικό προσωπικό μη κυβερνητικών οργανώσεων της Ελλάδας που εργάζεται σε προγράμματα ψυχικής υγείας για

ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά. Το προσωπικό επιλέχθηκε ουσιαστικά ως το πλέον κατάλληλο καθώς φαίνεται να επιδρά σε καθημερινή βάση με ασυνόδευτους ανηλικούς με μετατραυματική διαταραχή, γνωρίζει τις ανάγκες τους και στοιχεία γύρω από το προφίλ τους. Ακόμη, οι επαγγελματίες θα μοιραστούν τις προσωπικές τους εμπειρίες ενώ θα μπουν στη θέση να αξιολογήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες αλλά και την αποτελεσματικότητα ή μη αυτών στη ψυχοσύνθεση των ανηλικών.

Κατά συνέπεια, πρέπει να καταστεί σαφές πως τα ενεργά προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα είναι ελάχιστα. Έτσι, ο προσδοκώμενος αριθμός συμμετεχόντων μειώθηκε αισθητά και περιορίστηκε στη συμμετοχή των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη διαδικασία των συνεντεύξεων.

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη όμως να μη γίνει ξεχωριστή αναφορά στους φορείς που με προθυμία και χαρά αποδέχθηκαν την πρόσκληση συνεργασίας για τους σκοπούς της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί ιδιαίτερη τιμή και ικανοποίηση η συμμετοχή μεγάλων και γνωστών φορέων της χώρας στη μελέτη που ασχολούνται επί χρόνια με τη ψυχική υγεία ασυνόδευτων ανηλικών παιδιών. Μέσα από τη διαδικασία αυτή δόθηκε η ευκαιρία για άμεση επαφή και συνεργασία με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσα σε ένα κλίμα εμπιστοσύνης και ενσυναίσθησης.

3.5 Το σχεδιάγραμμα υλοποίησης της μελέτης

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα περιγραφούν αναλυτικά οι ενέργειες και τα βήματα που χρειάστηκαν για να γίνει η επικοινωνία με τους φορείς που υλοποιούν προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλικούς. Σε πρώτη φάση, πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονική επικοινωνία με τους εκάστοτε οργανισμούς. Ειδικότερα, στάλθηκαν μηνύματα ηλεκτρονικής αλληλογραφίας (emails) με επισυναπτόμενο ενημερωτικό έγγραφο για τους σκοπούς και τους στόχους της ερευνητικής μελέτης. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε και τηλεφωνική επικοινωνία με τους υπευθύνους των προγραμμάτων προκειμένου να υπάρξει αμεσότητα και περαιτέρω γνωριμία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ορισμένες μη κυβερνητικές οργανώσεις ζήτησαν από την ερευνητή εκτός από το σχεδιάγραμμα της μελέτης, το βιογραφικό του σημείωμα και βεβαίωση του πανεπιστημίου για τη διεξαγωγή της έρευνας στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας του προγράμματος σπουδών.

3.5.1 Η προσέγγιση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας

Η έναρξη υλοποίησης της ερευνητικής διαδικασίας ξεκίνησε κατά το μήνα Σεπτέμβριο του 2019 και ολοκληρώθηκε το Νοέμβριο του 2019. Στις περιπτώσεις αποδοχής από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις να διαθέσουν επαγγελματίες για συμμετοχή στην έρευνα ξεκίνησε και πάλι ένα κύκλος επαφών τόσο σε προσωπικό επίπεδο με τους συμμετέχοντες όσο και μέσω αναγνωριστικών συναντήσεων μαζί τους. Οι αναγνωριστικές συναντήσεις προηγήθηκαν της επίσημης έναρξης διενέργειας των συνεντεύξεων και στόχευσαν στην καλύτερη γνωριμία του συνεντευκτή και των ερωτώμενων. Οι συναντήσεις βοήθησαν επίσης στη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης ενώ οι ερωτώμενοι είχαν την ευκαιρία να ενημερωθούν αναλυτικώς για το σκοπό της μελέτης. Είναι αξιοσημείωτο πως η υποδοχή μου στις συναντήσεις έλαβε χώρα σε ένα κλίμα που χαρακτηρίστηκε από διάθεση για βοήθεια, προσφορά και συναδελφικότητα.

3.5.2 Η διενέργεια των συνεντεύξεων

Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων με τους επαγγελματίες των προγραμμάτων ψυχικής υγείας πραγματοποιήθηκε μέσα από προσωπικές συναντήσεις στα γραφεία τους εντός των χώρων μη κυβερνητικών οργανώσεων. Η συνάντηση είχε συμφωνηθεί εκ των προτέρων με ευελιξία τόσο στον τόπο όσο και στο χρόνο από πλευράς του ερευνητή. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης κυμάνθηκε από τα 40 έως 60 λεπτά της ώρας ενώ ορισμένες συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν με τη χρήση μαγνητοφώνου. Στις υπόλοιπες συνεντεύξεις ο ερευνητής κλήθηκε να κρατήσει χειρόγραφες σημειώσεις με διακριτικό τρόπο ώστε να μην αποσπάται η προσοχή των συμμετεχόντων και να διατηρείται μία ουσιαστική επικοινωνία.

Εξαιρετικής σημασίας για την όλη διαδικασία ήταν η διασφάλιση του απορρήτου μεταξύ του συνεντευκτή και των συμμετεχόντων καθώς και η αρχή της εμπιστευτικότητας τόσο για τα προσωπικά τους στοιχεία όσο και για τα στοιχεία των οργανισμών που εκπροσωπούν. Ακόμη και στη χρήση του μαγνητοφώνου εξ' αρχής έγινε αντιληπτό ότι οποιαδήποτε ηχογράφηση θα χρησιμοποιηθεί μόνο κατά τη διαδικασία της καταγραφής και της ανάλυσης των δεδομένων από την πλευρά του ερευνητή και όχι για άλλη δημοσίευση.

Στην περίπτωση των χειρόγραφων σημειώσεων ο ερευνητής χρειάστηκε να καταγράψει σε χαρτί αναλυτικά τα λεγόμενα των ερωτηθέντων από το περιεχόμενο

της συζήτησης όσο και εκφράσεις, παύσεις, σχόλια και κινήσεις των ερωτηθέντων. Επιπροσθέτως, σε ερωτήσεις όπου οι συμμετέχοντες χρειάστηκαν βοήθεια ή αποσαφηνίσεις η στάση του ερευνητή ήταν να διευκολύνει την κουβέντα και να δίνει διευκρινίσεις χωρίς ωστόσο να την καθοδηγεί υπό τις υποκειμενικές του απόψεις. Το αίσθημα επαγγελματισμού, ευθύνης και σεβασμού προς τους συμμετέχοντες και τις ανάγκες τους δημιούργησαν ένα άνετο και φιλικό περιβάλλον κατά τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων. Παράλληλα, η γλώσσα που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν απλή χωρίς ωστόσο να λείπει η χρήση επιστημονικών όρων γύρω από το πεδίο των ψυχικών διαταραχών και των συμπτωμάτων τους που της προσέδωσαν το απαραίτητο κύρος. Ομοίως, από την πλευρά των συμμετεχόντων η γλώσσα ήταν κατανοητή ενώ αποφεύχθηκαν δυσνόητοι όροι που δε θα μπορούσαν εύκολα να υποστηριχθούν.

Αξιοπρόσεκτη ήταν γενικότερα η στάση των συμμετεχόντων η οποία έλαβε χώρα μέσα σε κλίμα οικειότητας και αλληλοβοήθειας. Δεν ήταν λίγες οι στιγμές βέβαια που οι ερωτώμενοι έδειχναν να πλατειάζουν ή να απαντούν αόριστα για ορισμένα θέματα με αποτέλεσμα να τοποθετούνται επιπλέον ερωτήματα με σκοπό τη λήψη σαφών απόψεων. Πιο συγκεκριμένα, 3 ερωτήσεις φαίνεται να δυσκόλεψαν περισσότερο τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως προς την άνεση να απαντήσουν ενώ αρκετοί ήταν αυτοί που έδειξαν να νιώθουν και κάποιου είδους δισταγμό. Ωστόσο, από τον απολογισμό της όλης διαδικασίας προκύπτει ότι οι επαγγελματίες συμμετείχαν στην έρευνα με ειλικρίνεια ενώ μάλιστα ανέφεραν δικές τους προσωπικές εμπειρίες που προέρχονται από την πολύχρονη επαγγελματική τους πορεία.

Συμπεραίνοντας όλα όσα αναφέρθηκαν, τα στάδια των συνεντεύξεων ολοκληρώθηκαν ομαλά και σε αυτό συντέλεσε τόσο η καλή διάθεση του ερευνητή να απολαύσει τα βήματα της διαδικασίας όσο και η αμοιβαία ανταπόκριση των επαγγελματιών για συμμετοχή στην ερευνητική μελέτη. Το γεγονός αυτό δημιούργησε ένα οικείο περιβάλλον μέσα στο οποίο όλοι οι ρόλοι ήταν ξεχωριστοί.

3.5.3 Η ανατροφοδότηση των συμμετεχόντων

Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας των συνεντεύξεων αρκετά σημαντική κρίθηκε η ανατροφοδότηση των επαγγελματιών που συμμετείχαν σε αυτές για την εμπειρία τους από την όλη διαδικασία. Η ανατροφοδότηση ή αλλιώς “feedback” είναι

ενδιαφέρουσα διότι καθιστά ικανό τον ερευνητή να δει τι πραγματικά πήγε καλά και τι όχι, τις ατέλειες, τα λάθη και τα δυνατά σημεία της κάθε συνέντευξης. Επίσης, το εγχείρημα αυτό δεν εστίασε στην «κακή κριτική» αλλά στα περιθώρια εξέλιξης μέσα από παρατηρήσεις που θα βοηθήσουν τον ίδιο τον ερευνητή να βελτιώσει την εμπειρία των συμμετεχόντων σε μελλοντικές μελέτες. Μάλιστα, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι το κομμάτι της ανατροφοδότησης που ουσιαστικά κλείνει την κάθε συνέντευξη δεν ηχογραφήθηκε προκειμένου οι συμμετέχοντες να νιώσουν πλήρης άνεση να σημειώσουν τις παρατηρήσεις τους και να αποφορτιστούν από τη διαδικασία.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ο ερευνητής και οι επαγγελματίες είχαν την ευκαιρία να συζητήσουν ελεύθερα για τη συνέντευξη και τις ερωτήσεις της, τις θεματικές της και τις επιμέρους διατυπωμένες ερωτήσεις. Παράλληλα, υπήρξε η δυνατότητα να αναδειχθούν περισσότερο σημεία στα οποία δε δόθηκε η πέπουσα σημασία ή θεματικές οι οποίες δε συμπεριλήφθηκαν καθόλου στη διαδικασία. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η ανατροφοδότηση λειτούργησε θετικά γιατί παράλληλα απομάκρυνε την όποια ένταση ή άγχος είχε προκληθεί στους συμμετέχοντες από τη δύσκολη αλλά συνάμα ενδιαφέρουσα εμπειρία. Αντιστοίχως, ο ερευνητής βίωσε την ερευνητική μελέτη ως κάτι πρωτόγνωρο αφού δεν αποτελεί διαδικασία στην οποία εκτίθεται συχνά.

Στο κλείσιμο της ανατροφοδότησης, οι ερωτώμενοι ένιωσαν την ανάγκη να εκφράσουν πόσο ενδιαφέρουσα ήταν για εκείνους αυτή η εμπειρία καθώς για κάποιους αποτελούσε την πρώτη τους συμμετοχή μη έχοντας συμμετάσχει ξανά σε κάτι αντίστοιχο. Από την πλευρά του, ο ερευνητής κράτησε χειρόγραφα πολύ σύντομες σημειώσεις για μελλοντικές προτάσεις ή ιδέες που θα τον βοηθήσουν σε επόμενες μελέτες ή και στην ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας.

3.5.4 Οι δυσκολίες και τα εμπόδια της ερευνητικής μελέτης

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τις δυσκολίες και τα εμπόδια που αντιμετώπισε ο ερευνητής κατά τη διάρκεια της ερευνητικής μελέτης. Αρχικά, μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες ήταν η περιορισμένη ύπαρξη προγραμμάτων ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους. Αυτή τη στιγμή τα ενεργά προγράμματα που επικεντρώνονται σταθερά στη ψυχολογία των ανηλίκων, στις ψυχικές διαταραχές που

εμφανίζουν και στη θεραπεία τους είναι ελάχιστα ενώ στην πλειοψηφία τους λειτουργούν με μειωμένο προσωπικό. Αυτό σημαίνει ότι οι αρχικές προσδοκίες που υπήρχαν για εύκολη αναζήτηση προγραμμάτων και αριθμού επαγγελματιών δεν ήταν οι αναμενόμενες.

Εν συνεχεία, σημαντικά εμπόδια παρατηρήθηκαν με την προσέγγιση μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων φορέων που ασχολούνται με ζητήματα ψυχικής υγείας ασυνόδευτων ανηλίκων. Οι περισσότεροι φορείς παρουσίασαν άρνηση συμμετοχής στην έρευνα με το πρόσχημα αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων του ήδη μειωμένου προσωπικού τους ή άρνηση των ίδιων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να δώσουν συνέντευξη. Σε άλλους φορείς χρειάστηκαν υπερβολικά μεγάλα διαστήματα αναμονής για την τελική τους απάντηση ή και ενέργειες που θα συμμορφώνονται με το πρωτόκολλο της κάθε οργάνωσης. Μάλιστα, ορισμένες επαφές με οργανώσεις που πραγματοποιήθηκαν σε πολύ θετικό κλίμα και υπήρξε εξ' αρχής συμφωνία συμμετοχής τους στη διαδικασία στη συνέχεια αρνήθηκαν. Όλα αυτά τα εμπόδια παρέτειναν κατά πολύ το χρονικό περιθώριο υλοποίησης των συνεντεύξεων, οδήγησαν τον ερευνητή αρκετές φορές στην εκ νέου αναζήτηση άλλων φορέων και μείωσαν αισθητά τον αρχικά εκτιμώμενο αριθμό συμμετεχόντων.

Τέλος, η ολοκλήρωση του ερευνητικού εγχειρήματος από τον ερευνητή δεν αποτέλεσε εύκολη υπόθεση εξαιτίας της έλλειψης εμπειρίας του πάνω στη διεξαγωγή της ποιοτικής μελέτης. Η απειρία αυτή απαίτησε περαιτέρω χρόνο προσωπικής μελέτης και διαβάσματος προκειμένου να μπορέσει να ανταποκριθεί ορθά σε όλα τα απαιτητικά βήματα υλοποίησης της ποιοτικής έρευνας.

3.5.5 Η καταγραφή και η κωδικοποίηση του υλικού

Από τα πιο βασικά σημεία στην ερευνητική πορεία είναι η καταγραφή και η κωδικοποίηση του υλικού που συλλέχθηκε όλο το προηγούμενο διάστημα από τον ερευνητή. Στο συγκεκριμένο στάδιο πραγματοποιήθηκε η απομαγνητοφώνηση των 8 (οκτώ) συνολικά συνεντεύξεων που διενεργήθηκαν σε συνεργασία με επαγγελματίες σε προγράμματα ψυχικής υγείας ασυνόδευτων ανηλίκων από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Το απαιτούμενο χρονικό διάστημα για την καταγραφή του υλικού των συνεντεύξεων στις οποίες είχε γίνει χρήση μαγνητοφώνου ήταν 20 (είκοσι) ημέρες. Η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης δεν αποδείχθηκε εύκολη

υπόθεση αφού έπρεπε με πολλή προσοχή να αποτυπωθούν όλα γραπτώς και παράλληλα να αναδεικνύεται η σημαντικότητα ορισμένων θεματικών.

Κάθε συνέντευξη της παρούσας μελέτης έλαβε από έναν κωδικό που αποτελούνταν από 2 (δύο) μέρη ώστε να σχηματίζεται μία «περιγραφική ταυτότητα» για το συμμετέχοντα. Σε κάθε περίπτωση, υπήρξε μέριμνα στο να αποφευχθεί ενδεχόμενη άρση του απορρήτου της διαδικασίας και αποκάλυψη προσωπικών στοιχείων των ερωτώμενων. Οι δύο άξονες στους οποίους βασίστηκε ο κωδικός της κάθε συνέντευξης ήταν οι εξής:

- i. Ένα τυχαίο όνομα που ουσιαστικά υποδηλώνει το φύλο του συμμετέχοντα ως προς την επιλογή «γυναίκα» ή «άνδρας»
- ii. Την πραγματική επαγγελματική ιδιότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας όπως παρουσιάζεται παρακάτω:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΚΩΔΙΚΟΥ
Παιδοψυχίατρος	ΠΑΙΔΟΨΥΧ
Ψυχολόγος	ΨΥΧΟΛ
Κοινωνικός/ή Λειτουργός	ΚΛ

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως στη φάση των συνεντεύξεων συμμετείχαν παραπάνω του ενός επαγγελματίες ίδιων ειδικοτήτων. Σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο, δίπλα από τη συντομογραφία κωδικού αναγράφεται ένας αύξων αριθμός με αφετηρία το νούμερο 1 (ένα) υποδηλώνοντας τη συνέντευξη που χρονικά πραγματοποιήθηκε πρώτη. Δηλαδή, αν συνολικά 3 (τρεις) ψυχολόγοι έδωσαν συνέντευξη στον ερευνητή τότε δίπλα αναγράφεται ο κωδικός «ΨΥΧΟΛ1» για τον πρώτο συμμετέχοντα, «ΨΥΧΟΛ2» για το δεύτερο και «ΨΥΧΟΛ3» για τον τρίτο. Για παράδειγμα:

«Κύριο γνώρισμα των ασυνόδευτων ανηλίκων είναι η κούραση που διακρίνει κανείς, ψυχικά είναι εξουθενωμένοι και οπτικά ταλαιπωρημένοι. Μιλάμε για ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών που βίωσαν κάθε είδους εκμετάλλευση έχοντας ήδη βάρος στις πλάτες τους το δύσκολο ταξίδι» (Ελεονώρα, ΨΥΧΟΛ2).

3.6 Γενικά στοιχεία για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Η έρευνα διεξήχθη σε 8 συνολικά άτομα – επαγγελματίες σε προγράμματα ψυχικής υγείας μη κυβερνητικών οργανώσεων στην Ελλάδα με εμπειρία πάνω στη διαχείριση του μετατραυματικού στρες σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες και μετανάστες. Πιο αναλυτικά, ο αριθμός των συμμετεχόντων κατανέμεται ως εξής: οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 6 ενώ οι άνδρες ήταν 2. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων στην πλειοψηφία τους κυμάνθηκαν στα 30-40 έτη ενώ 1 συμμετέχων βρισκόταν στην κατηγορία 50 ετών και άνω. Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων περιελάμβανε την κατοχή τίτλου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με τους μισούς από αυτούς (4 άτομα) να κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα ειδίκευσης και 1 άτομο διδακτορικό τίτλο.

Σε ότι αφορά τις επαγγελματικές ιδιότητες των συμμετεχόντων στη μελέτη, η πλειοψηφία ήταν ψυχολόγοι (3 άτομα) και κοινωνικοί λειτουργοί (3 άτομα) ενώ οι παιδοψυχίατροι που συμμετείχαν ήταν δύο στον αριθμό (2 άτομα). Η κατανομή των ειδικοτήτων αυτών αναδεικνύει την ποικιλομορφία και τις διαφορετικές οπτικές που μπορεί να προσδώσουν στην έρευνα οι εργαζόμενοι από τις θέσεις που κατέχουν. Τέλος, σχετικά με την εργασιακή εμπειρία τους με πληθυσμούς προσφύγων και μεταναστών αυτοί απάντησαν: 3-5 έτη (4 άτομα), 5-10 έτη (3 άτομα) και 1-3 έτη (1 άτομο) ενώ ως προς την επαγγελματική εμπειρία σε προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά ο μέσος όρος κυμάνθηκε στα 3-5 έτη.

3.7 Ο σχεδιασμός του πλάνου της συνέντευξης

Ο σχεδιασμός του πλάνου της συνέντευξης αποτέλεσε προτεραιότητα για τον ερευνητή αφού πρόκειται για ένα από τα βασικότερα σημεία κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Η προετοιμασία του περιεχομένου των ερωτήσεων των συνεντεύξεων βασίστηκε σε μεγάλο βαθμό στη μελέτη των διαθέσιμων βιβλιογραφικών πηγών αλλά και σε στοιχεία άλλων ποιοτικών ή ποσοτικών μελετών που εξετάζουν από διαφορετικές πτυχές το συγκεκριμένο θέμα. Ωστόσο, τα ερωτήματα της παρούσας έρευνας προκύπτουν και από την προσωπική επιθυμία του ερευνητή να μελετήσει συγκεκριμένα σημεία του θέματος. Για το λόγο αυτό το πλάνο της συνέντευξης χρειάστηκε να δεχθεί αλλαγές αρκετές φορές ενώ δεν έλειψαν προσθήκες ή αφαιρέσεις ερωτήσεων έως την τελική του μορφή.

Πιο συγκεκριμένα, το πλάνο της συνέντευξης αποτελείται από τρία βασικά μέρη. Στο 1^ο μέρος των ερωτήσεων περιλαμβάνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων που αποτυπώνουν πληροφορίες όπως το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική ιδιότητα και η εργασιακή εμπειρία. Στο 2^ο μέρος, οι συμμετέχοντες καλούνται να καταθέσουν τις προσωπικές τους απόψεις ή εμπειρίες γύρω από γενικά στοιχεία του προγράμματος στο οποίο απασχολούνται (ρόλοι, αρμοδιότητες, χρηματοδότηση, αξιολόγηση) ενώ καλούνται να αναδείξουν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ασυνόδευτα παιδιά. Στο 3^ο μέρος, οι ερωτήσεις είναι εστιασμένες στην εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες στον πληθυσμό-στόχο (βασικά χαρακτηριστικά, τρόποι διάγνωσης, συμπτώματα, θεραπεία, διαστάσεις της διαταραχής) ενώ καταγράφονται και οι επιπτώσεις ξαφνικής διακοπής της χρηματοδότησης των προγραμμάτων στη ψυχοσύνθεση των ωφελούμενων (αντίκτυπος ξαφνικής διακοπής παροχής υπηρεσιών, δυσκολίες του θεραπευτικού προσωπικού).

3.8 Ποιοτική ανάλυση των δεδομένων

Εκτός όσων αναφέρθηκαν εκτεταμένα παραπάνω, ενδιαφέρον κεφάλαιο στην ερευνητική πορεία αποτελεί και η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης. Ο ερευνητής έπειτα από τη συλλογή των ποιοτικών στοιχείων θα πρέπει να τα αναλύσει, να τα ερμηνεύσει και να κατανοήσει εις βάθος το καθένα ξεχωριστά. Στο επίπεδο αυτό συγκρίνει και αντιπαραβάλλει, κατανοεί και ερμηνεύει με στόχο να του δοθεί η δυνατότητα να συμπεράνει και να επαληθεύσει (Μαντζούκας, 2007). Μέσω της διαδικασίας αυτής αντιλαμβάνεται κανείς πως η ανάλυση των δεδομένων είναι μεγίστης σημασίας καθώς τα δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι αδύνατον να ερμηνευθούν από μόνα τους. Από την πλευρά του ο ερευνητής είναι αυτός που θα τους προσδώσει νόημα, θα συνδέσει τα αταίριαστα σημεία και θα ερμηνεύσει στάσεις και συμπεριφορές που κρύβονται πίσω από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων με σκοπό τη δημιουργία επιπλέον γνώσης και εμπειρίας.

Εκτενέστερα, ως προς τη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων της ποιοτικής μελέτης, η αρχή έγινε με καταγραφή όλων των συνεντεύξεων σε χαρτί. Ακόμη και το υλικό που βρισκόταν σε ακουστική μορφή απομαγνητοφωνήθηκε και αποτυπώθηκε γραπτώς κατά λέξη. Παράλληλα, στην καταγραφή σε χαρτί συμπεριλήφθηκαν όλες οι

κινήσεις, τα νοήματα, οι παύσεις, οι εκφράσεις του προσώπου και τα αστεία στιγμιότυπα που συνέβησαν.

Το επόμενο βήμα, περιελάμβανε την επαναλαμβανόμενη ανάγνωση των δεδομένων από πλευράς του ερευνητή προκειμένου να θυμηθεί και να κατανοήσει εκ νέου το περιεχόμενο της κάθε συνέντευξης. Έπειτα, ακολούθησε το κομμάτι της κωδικοποίησης όπου σε κάθε ενότητα των συνεντεύξεων αποδόθηκαν σύντομοι και αντιπροσωπευτικοί κωδικοί. Οι κωδικοί αυτοί συγκρίθηκαν μεταξύ τους με στόχο την εύρεση όμοιων χαρακτηριστικών ή νοημάτων και στη συνέχεια ομαδοποιήθηκαν προκειμένου να σχηματιστούν θεματικές ενότητες. Οι θεματικές ενότητες διατυπώνονται για να περιγράψουν με σύντομο και απλό τρόπο τις εμπειρίες, τις ερμηνείες και περιγραφές των απαντήσεων των συμμετεχόντων για το υπό έρευνα φαινόμενο. Τέλος, η ανάλυση των ποιοτικών στοιχείων ολοκληρώθηκε με τη σύνδεση των θεματικών ενότητων και των διαθέσιμων βιβλιογραφικών πηγών ώστε να ελεγχθούν ομοιότητες οι οποίες μπορεί να επαληθεύονται και βιβλιογραφικά.

3.9 Οι περιορισμοί της έρευνας

Η ποιοτική μελέτη ως ερευνητική μέθοδος επιλέχθηκε να πραγματοποιηθεί στον πληθυσμό του διεπιστημονικού προσωπικού που εργάζεται σε προγράμματα ψυχικής υγείας μη κυβερνητικών οργανώσεων στην Ελλάδα για ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά. Καθόλη τη διεξαγωγή της διαδικασίας δημιουργήθηκαν τοποθετήσεις που επηρεάστηκαν τόσο από το χώρο, το χρόνο, το πλαίσιο, τις απόψεις ή και στάσεις του ίδιου του ερευνητή. Είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι αυτό που πραγματικά μας ενδιαφέρει να εξεταστεί είναι η προσωπική αλήθεια και εμπειρία που διατυπώνουν οι ερωτηθέντες μέσα σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Παρότι, η έρευνα υλοποιήθηκε σε μικρό πληθυσμό 8 ατόμων παρουσιάζει ιδιαίτερη αντιπροσωπευτικότητα διότι τα προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα παιδιά στην Ελλάδα είναι ελάχιστα ενώ το προσωπικό που απασχολούν στην περίπτωση λειτουργίας τους είναι σημαντικά μειωμένο. Ακόμη, η αμοιβαία εμπιστοσύνη που καλλιεργήθηκε με τους συμμετέχοντες ήδη από τις πρώτες συναντήσεις μαζί τους έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της μελέτης ενώ η διαβεβαίωση για την τήρηση του απορρήτου της διαδικασίας δημιούργησε συνθήκες που καθιστούν τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αξιόπιστα.

Ακόμη, η επιλογή των ημιδομημένων συνεντεύξεων για τη συλλογή των δεδομένων μέσα από την ποιοτική μελέτη ενισχύει το στοιχείο της υποκειμενικότητας στα ερωτήματα που τέθηκαν στους συμμετέχοντες. Με αυτόν τον τρόπο, το ερευνητικό σχέδιο μπορεί να αποδυναμώνει τα συμπεράσματα γι' αυτό και κάθε είδους γενίκευση απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Αν και η μέθοδος της έρευνας εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τις προσωπικές αντιλήψεις του ερευνητή και από τα επικοινωνιακά του προσόντα ορισμένα θέματα που θα προκύψουν από τη διαδικασία ίσως συμβάλλουν θετικά (Ιωσηφίδης, 2008).

Πριν από την έναρξη κάθε συνέντευξης υπογραμμίστηκε η σημασία για ελεύθερη και ειλικρινή κατάθεση των απόψεων των συμμετεχόντων στη θεματολογία την οποία διαπραγματεύεται η μελέτη. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από περισσότερο ελεύθερες ερωτήσεις που εντάχθηκαν στο πλάνο του ερωτηματολογίου όπως για παράδειγμα οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στους φορείς που εργάζονται οι συμμετέχοντες αλλά και η κατάθεση της άποψής τους για τις ξαφνικές διακοπές χρηματοδότησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς ασυνόδευτα παιδιά. Η διασφάλιση του απορρήτου της διαδικασίας βοήθησε ακόμη περισσότερο να εκφράσουν αβίαστα τις σκέψεις τους χωρίς φόβο ή ανασφάλεια ενώ στο τέλος των ερωτήσεων τους δόθηκε η δυνατότητα να μοιραστούν περαιτέρω σκέψεις ή ιδέες.

Ανακεφαλαιώνοντας τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό πως κύριος στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν μία ανθρώπινη προσέγγιση και μεταφορά της γνώσης και των εμπειριών του διεπιστημονικού προσωπικού σε προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτα παιδιά. Σε μεγάλο βαθμό οι ερωτηθέντες μοιράστηκαν πληροφορίες μέσα από τη δική τους προσωπική ματιά και την υποκειμενικότητά τους προκειμένου να ελεγχθεί κατά πόσο οι απόψεις αυτές θα μπορέσουν να γενικευτούν στη συνέχεια ώστε η θεωρία που θα προσπαθήσουμε να διατυπωθεί να αναδεικνύει τις απόψεις και τα γεγονότα που θα αφορούν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ – ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ»

4.1 Εισαγωγή

Στο τρίτο μέρος της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα παρουσιαστεί αναλυτικά ένα από τα πιο ενδιαφέροντα σημεία της ερευνητικής διαδικασίας που περιλαμβάνει τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συνεντεύξεων που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες στον ερευνητή. Το διεπιστημονικό προσωπικό που εργάζεται σε προγράμματα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους με στόχο την αντιμετώπιση της διαταραχής μετατραυματικού στρες περιγράφει διεξοδικά την εμπειρία του με τους ωφελούμενους και παράλληλα μοιράζεται τα δικά του προσωπικά βιώματα από την επαγγελματική του πορεία. Τα παρακάτω στοιχεία συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν από τον ερευνητή κατά τη διάρκεια απομαγνητοφώνησης των συνεντεύξεων ενώ ερμηνεύθηκαν ομοίως από τον ίδιο.

4.2 Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους

Στο πρώτο θέμα της ανάλυσης των αποτελεσμάτων καταγράφονται οι μαρτυρίες του διεπιστημονικού προσωπικού σχετικά με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που προσφέρονται σε ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Από τις απαντήσεις των εργαζομένων θεραπειών διακρίνονται τα βασικά χαρακτηριστικά που συνθέτουν το «προφίλ» των ασυνόδευτων παιδιών που στην πλειονότητά τους είναι αγόρια κυρίως εφηβικής ηλικίας. Ακόμη, αποτυπώνονται οι βασικές υπηρεσίες των προγραμμάτων ψυχικής υγείας με τη συμβουλευτική και τη ψυχοθεραπεία να εφαρμόζονται ως οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι στους πολυεπίπεδους ρόλους των επαγγελματιών.

4.2.1 Το προφίλ των ασυνόδευτων ανηλίκων

Από τις μαρτυρίες του διεπιστημονικού προσωπικού μη κυβερνητικών οργανώσεων ιδιαίτερη σημασία δόθηκε τόσο στην κατανόηση του όρου των ασυνόδευτων ανηλίκων όσο και στο κομμάτι της ενσυναίσθησης όλων αυτών των

εμπειριών που σχηματίζουν ενδιαφέροντα στοιχεία τόσο για το προφίλ τους όσο και για το χαρακτήρα τους. Με τον τρόπο αυτό προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των αφιχθέντων ανηλίκων χωρίς γονέα ή συγγενικό πρόσωπο στη χώρα μας είναι αγόρια με τους περισσότερους να βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα των 16-18 ετών που αποτελεί ουσιαστικά ένα βήμα πριν την επίσημη ενηλικίωσή τους. Η Ευαγγελία που εργάζεται ως κοινωνική λειτουργός σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας για πρόσφυγες αναφέρει:

«Αρχικά για εμένα το πιο σημαντικό είναι να ξεκινήσουμε από τον όρο ασυνόδευτος ανήλικος. Τι σημαίνει αυτό; Μιλάμε για παιδιά που φτάνουν εδώ μόνα χωρίς κανένα οικογενειακό στήριγμα και έχοντας βιώσει ένα πολύπαθο ταξίδι. Τα πιο πολλά από αυτά δε έχουν βιώσει και πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες. Φυσικά η πλειοψηφία είναι αγόρια κυρίως ηλικίας 15 ετών και άνω. Παίζουμε δηλαδή σε προεφηβικά και εφηβικά στάδια». (Ευαγγελία, ΚΑ2)

Ομοίως η Κλαίρη ως παιδοψυχίατρος σημειώνει: *«Ο μεγαλύτερος αριθμός είναι αγόρια – έχουμε λάβει κάποια λίγα αιτήματα για κορίτσια – αλλά για να έρθει ένα κορίτσι μόνο του είναι πιο σπάνιο. Οι ηλικίες ξεκινούν με τα μικρότερα στα 12 και 13 χρόνια ενώ δουλεύουμε περισσότερο με έφηβους 16 και 17 ετών. Ο μέσος όρος είναι πάνω από 15μιση ετών και καταλαβαίνετε ότι σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά όσα γίνονται στην πολιτική σκηνή σήμερα είναι κόντρα από αυτό που παρουσιάζεται στα μέσα και με αυτό που πραγματικά συμβαίνει». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ)*

Αντίστοιχα, μία εκ των ψυχολόγων που συμμετείχαν στην ερευνητική μελέτη δίνει περισσότερο περιγραφικά την εικόνα των ασυνόδευτων ανηλίκων ενώ εστιάζει και στο στοιχείο του νομικού καθεστώτος της χώρας καταγωγής. Πιο συγκεκριμένα:

«Η πλειοψηφία των ανηλίκων είναι αγόρια από 15 ετών και άνω. Μεταξύ τους παρουσιάζουν θα έλεγα ομοιότητες αλλά και τεράστιες διαφορές γιατί προέρχονται από χώρες με διαφορετικές παραδόσεις, τρόπο ζωής, ήθη και έθιμα. Όπως θα ξέρεις κι εσύ προέρχονται από χώρες που βρίσκονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης αλλά και από εμπόλεμες ζώνες. Βέβαια, οι αιτίες είναι και οικονομικές και οι ανήλικοι βρίσκουν τη φυγή αυτή ως λύση στο να αποφύγουν άσχημα βιώματα. Για αυτό το λόγο και όταν φθάνουν εδώ βγάζουν μια έλλειψη εμπιστοσύνης, μια δυσκολία στο να ξεπεράσουν τα άσχημα και μια δυσκολία στο να επενδύσουν. Είναι πιο εσωτερικά “σκληρά” τα συναισθήματά τους αν η διατύπωση αυτή είναι σωστή. Οι περισσότεροι από αυτούς

είναι αιτούντες άσυλο ή άτομα που θέλουν να κάνουν αίτηση οικογενειακής επανένωσης και προέρχονται κυρίως από το Αφγανιστάν, το Πακιστάν και τη Συρία». (Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

Σχετικά με τις χώρες καταγωγής των ασυνόδευτων ανηλίκων διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι προέρχονται από το Αφγανιστάν και το Πακιστάν. Τα τελευταία δύο χρόνια προκύπτει η έλευση αρκετών προσφύγων και μεταναστών – μεταξύ τους και ανηλίκων – από Αφρικανικές χώρες και περιοχές όπως η Σομαλία, η Ερυθραία, η Σιέρα Λεόνε και η Αίγυπτος. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τις απαντήσεις του διεπιστημονικού προσωπικού τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση ασυνόδευτων ανηλίκων από τη Συρία:

«Έχουμε πάρα πολλούς από το Αφγανιστάν και πολλούς από την Αφρική που έχουν βιώσει βίαιες διαμάχες φυλετικές ενώ είναι παιδιά που έχουν περιπλανηθεί για πολύ καιρό μόνα τους. Και από το Πακιστάν έχουμε ανηλίκους που ήρθαν λόγω φτώχειας ή μετά από βίαιες βεντέτες». (Αλέξανδρος, ΚΛ1)

«Είχαμε ασυνόδευτα παιδιά από τη Συρία τα χρόνια μετά το 2016 αλλά πλέον δεν είναι η μεγαλύτερη ομάδα». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛ1)

4.2.2 Βασικές υπηρεσίες προγραμμάτων ψυχικής υγείας

Στο παρόν θέμα καταγράφονται οι βασικές υπηρεσίες των προγραμμάτων ψυχικής υγείας προς ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά των οποίων σκοπός είναι να βοηθηθεί ένας πληθυσμός που είχε δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές τόσο εξαιτίας της γλώσσας όσο και του στιγματισμού. Στην κορυφή των παρεχόμενων υπηρεσιών αναφέρονται τόσο η ψυχολογική υποστήριξη, η ψυχιατρική παρακολούθηση και η ατομική ή και ομαδική συμβουλευτική. Επιπλέον, τονίζεται πόσο σημαντική είναι πρώτα η κάλυψη των βασικών αναγκών των ασυνόδευτων ανηλίκων με τα άστεγα παιδιά να είναι εντελώς παραμελημένα και αποκλεισμένα αφού δεν υπάρχει για εκείνα υποστηρικτικό πλαίσιο ή πρόσωπο αναφοράς. Αναλυτικότερα:

«Ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας που προσφέρουμε εμείς στον πληθυσμό αυτό είναι η αξιολόγηση και η παιδοψυχιατρική εκτίμηση. Επίσης, μπορεί να γίνονται και κάποιες εκτιμήσεις ψυχομετρικές εφόσον χρειάζεται. Παρέχεται δηλαδή συμβουλευτική και ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας και αυτό προσφέρεται εκτός από τα

παιδιά και στα πλαίσια με τα οποία επιδιώκουμε συνεργασία και φροντίζουν τον ανήλικο αν είναι ασυνόδευτος». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧ1)

«Από τις πιο βασικές υπηρεσίες εδώ είναι η αρχική εκτίμηση. Ως παιδοψυχίατροι εστιάζουμε περισσότερο στη ψυχοθεραπεία αλλά προσπαθούμε να αποκτήσουμε μια σφαιρική εικόνα και δεν εστιάζουμε μόνο στα συμπτώματα και την εικόνα που μπορεί να παρουσιάσει ένα περιστατικό... Αναζητούμε τρόπους επικοινωνίας με τα παιδιά για να εξετάσουμε το ενδεχόμενο ψυχοπαθολογίας και να παρθεί μια σωστή διάγνωση». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

Άλλοι συμμετέχοντες της ερευνητικής μελέτης ανέδειξαν ανάμεσα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλικούς και κάποιους επιπλέον στόχους των εκάστοτε προγραμμάτων:

«Το δικό μας πρόγραμμα τρέχει με τη στήριξη μεγάλης διεθνούς οργάνωσης και στοχεύει σε μια ολιστική υποστήριξη των ασυνόδευτων παιδιών. Πρώτα καλύπτονται οι βασικές ανάγκες των ανηλίκων για στέγη, σίτιση και εκπαίδευση με μελλοντικό στόχο όσα παιδιά θα μείνουν στην Ελλάδα να μπορέσουν να ενταχθούν κατά κάποιο τρόπο στην κοινότητα. Παράλληλα, επειδή οι ανήλικοι φτάνουν εξουθενωμένοι και αποσυρμένοι χρειάζονται και ψυχολογική παρακολούθηση. Σε εμάς υπεύθυνη είναι η ψυχοκοινωνική υπηρεσία όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι τους βλέπουν σε εβδομαδιαία βάση αφού πρώτα γίνει η λήψη του κοινωνικού ιστορικού και κατανοήσουμε τις ανάγκες τους. Έπειτα, οι επαγγελματίες δύο φορές το μήνα έχουν ατομική συνάντηση με τους ανηλικούς ενώ ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται σε όσους εκδηλώνουν καταθλιπτική συμπεριφορά και τάσεις για αυτοτραυματισμό» (Αλέξανδρος, ΚΑ1)

«Στο πρόγραμμά μας δουλεύουμε με ασυνόδευτους 16 έως 21 ετών με στόχο τη ψυχολογική τους υποστήριξη και την ενίσχυση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας και τους βοηθάμε στο πλαίσιο της ένταξης και στην εκπαίδευση και στην εργασία». (Ελεονώρα, ΨΥΧΟΛ2)

Τέλος, η Αναστασία που εργάζεται ως κοινωνική λειτουργός σημειώνει ότι η παροχή εποπτείας είναι μέγιστης σημασίας:

«Εδώ υποστηρίζουμε ασυνόδευτους ανηλικούς νεοαφιχθέντες στην Αθήνα που δε μένουν σε δομές φιλοξενίας αλλά σε camps μέσα σε safe zones και υπάρχει μία

μεγαλύτερη επικινδυνότητα να αναπτύξουν διαταραχές λόγω των δύσκολων συνθηκών. Επίσης, παλαιότερα βλέπαμε ανηλίκους τόσο σε camps στο Σκαρμαμαγκά, στο Σχιστό και στο Ελληνικό όταν ήταν ανοιχτά αυτά καθώς και στη Ραφήνα. Αρκετές φορές να τονίσω ότι έχουμε κληθεί να προσφέρουμε εκπαίδευση σε φορείς και ξενώνες που φιλοξενούν ασυνόδευτους καθώς και υποστήριξη υπό τη μορφή εποπτείας για δύσκολα cases». (Αναστασία, Κ13)

4.2.3 Πολυδιάστατοι οι ρόλοι των επαγγελματιών

Σχετικά με τους ρόλους των επαγγελματιών στα αντίστοιχα προγράμματα φαίνεται να υπάρχει μία πολυεπίπεδη και πολυδιάστατη προσέγγιση. Σε κάθε περίπτωση, οι ρόλοι διαπιστώνεται ότι είναι διακριτοί αν και ορισμένοι επαγγελματίες ανέφεραν πως είναι αναγκασμένοι να διεκπεραιώνουν υποχρεώσεις που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητές τους κυρίως λόγω της έλλειψης προσωπικού. Αν και ο κάθε επαγγελματίας ενεργεί σύμφωνα με τον επαγγελματικό του κώδικα αποτελεί κύριο μέλος της διεπαγγελματικής ομάδας. Ο ρόλος της διεπαγγελματικής ομάδας είναι αξιοσημείωτος καθώς τα μέλη της έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν σκέψεις, προβληματισμούς και να λάβουν από κοινού δύσκολες αποφάσεις. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες σημειώνουν:

«Ο ρόλος μου ως ψυχολόγος είναι να αναγνωρίσω τις ανάγκες ψυχικής υγείας των παιδιών τα οποία έρχονται σε εμάς και να εκτιμήσω τη ψυχολογική τους κατάσταση. Κυρίως ο ρόλος μου είναι παρεμβατικός όταν υπάρχουν διαταραχές ψυχικής υγείας ή συμπεριφορικό πρόβλημα. Έτσι, δουλεύουμε μαζί με τον κάθε ανήλικο για να υπάρχει μία καλύτερη διαχείριση του προβλήματος...» (Γρηγορία, ΨΥΧΟ13)

«Εγώ έχω τη θέση της παιδοψυχιάτρου αλλά και της υπεύθυνης του συντονισμού των υπηρεσιών. Λειτουργούμε διεπιστημονικά πάντα και κοινοτικά. Για παράδειγμα, αυτό που θα γίνει στην αρχή είναι το “in take” που θα το πάρει οποιοσδήποτε επαγγελματίας και αυτό το λέω γιατί αν και οι ρόλοι μας είναι διακριτοί υπάρχει μεγάλη ισοτιμία μεταξύ μας... Οι πρώτες αξιολογήσεις βέβαια γίνονται από συγκεκριμένους επαγγελματίες όπως και το πρώτο ιστορικό. Αν η πρώτη αξιολόγηση γίνει από συγκεκριμένο συνάδελφο προτιμούμε να είναι και αυτός που θα αναλάβει την όλη διαδικασία και το αίτημα του περιστατικού. Από εκεί και πέρα αφού γίνουν οι πρώτες αξιολογήσεις συζητείται το θέμα πάντα στην ομάδα και ως παιδοψυχίατρος προτείνω και αποφασίζω από κοινού με τους συναδέλφους το θεραπευτικό πλάνο. Για να είναι

πιο ξεκάθαρο, μπορώ να κρίνω ως εργαζόμενη αν ένας ανήλικος θα χρειαστεί ατομικές συνεδρίες ή παιδοψυχιατρική κάλυψη». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ)

Ο Αλέξανδρος που εργάζεται ως κοινωνικός λειτουργός σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας εκθέτει την άποψή του τονίζοντας ότι πολλές φορές ο ρόλος του συγχέεται με αυτόν του ιατρού ενώ τονίζει ότι δε θα πρέπει να καταφεύγουμε μόνο σε ιατρικές παρεμβάσεις καθώς πολλές φορές αυτό δε λύνει το πρόβλημα των ανηλίκων:

«Εμείς είμαστε ψυχοθεραπευτικός φορέας και δεν μπαίνουμε άμεσα σε ιατρικές παρεμβάσεις. Δε θα δώσουμε κατευθείαν φάρμακα, αξιολογούμε πρώτα το αίτημα γιατί το φάρμακο δε βοηθάει πάντα. Η ψυχοθεραπεία είναι αυτό που χρειάζονται τα ασυνόδευτα παιδιά και ένα καλό κράτημα από τον φορέα που τα πλαισιώνει». (Αλέξανδρος, ΚΑΙ)

Ορισμένοι συμμετέχοντες με τα λεγόμενά τους ανέδειξαν το γεγονός ότι παρότι έχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο στον επαγγελματικό τους χώρο αρκετές φορές έχουν κληθεί να διεκπεραιώσουν ζητήματα που δεν εμπίπτουν στις αρμοδιότητές τους όπως διοικητικές εργασίες ή εργασία φροντιστών με αποτέλεσμα να βιώνουν ποικίλα συναισθήματα απόγνωσης ή ματαίωσης και γρήγορα οδηγούνται σε burnout (επαγγελματική εξουθένωση):

«Ο καθένας μας έχει το ρόλο του αλλά συχνά καλούμαστε να αναλάβουμε και άλλους ρόλους που κανείς θα έλεγε ότι είναι εκτός του επαγγελματικού υποβάθρου μας. Αρκετές στιγμές νιώθω κι εγώ και συνάδελφοι στο χώρο ότι εκτός από ψυχολόγοι καλούμαστε να αναλάβουμε και ένα ρόλο γενικής φροντίδας τύπου φροντιστές αν το λέω σωστά. Αυτό δεν είναι απαραίτητως κακό αλλά όταν είναι ένα ή δύο άτομα επαγγελματίες που εργάζονται και φτάνεις σε σημείο να έχεις λίστα αναμονής για ψυχιατρικά περιστατικά νιώθεις και λίγο απόγνωση. Βοηθάει πολύ που μία φορά την εβδομάδα συναντιόμαστε όλοι μας και μοιραζόμαστε πρακτικά ζητήματα αλλά και μιλάμε για το πώς αντιλαμβανόμαστε τη φροντίδα των ανηλίκων ο καθένας από τη δική του μεριά». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛΙ)

«Έχω το ρόλο της κοινωνικής λειτουργού στη δομή που είναι ξενώνας για τη φροντίδα ασυνόδευτων ανηλίκων. Μέσω της δουλειάς μας προσφέρουμε ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Ως κοινωνική λειτουργός είμαι η πρώτη που θα δει τον ανήλικο με τον ερχομό του στη δομή και εκτός του

καλωσορίσματος θα αναλάβω να τον ενημερώσω για τους κανόνες του πλαισίου σε ειδική συνάντηση. Έπειτα, σε δεύτερη φάση θα γίνει η λήψη του κοινωνικού ιστορικού και η εκτίμηση των αναγκών και της υγείας του παιδιού. Εκτός αυτών ο ρόλος μου συμπεριλαμβάνεται στα πάντα. Ακόμη και στις συνοδείες για το γιατρό, για το σχολείο αλλά και μέσα στο σπίτι τα διαχειριστικά τα αναλαμβάνει η κοινωνική υπηρεσία. Θέλω να πω ότι κάνουμε τα πάντα ακόμη και το φαγητό σερβίρουμε όταν δεν υπάρχει κανείς στη βάρδια ή εκτελούμε και χρέη διοικητικού προσωπικού όπως το να κρατάμε το ταμείο ή να κάνουμε τις παραγγελίες τροφίμων. Δηλαδή, θέλω να πω, ότι υπάρχει μια σύγχυση και δυσφορία γιατί ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αυτούσιος δεν υφίσταται – νιώθω περισσότερο σαν μαμά των παιδιών και κάνω λίγο από όλα και αυτό μερικές φορές κουράζει. Κατά την άποψή μου οι ρόλοι θα μπορούσε να ήταν περισσότερο διακριτοί...». (Ευαγγελία, ΚΑ2).

4.3 Η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες

Στη δεύτερη θεματολογία των αποτελεσμάτων της ερευνητικής μελέτης αναλύεται η εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες στους ασυνόδευτους ανηλίκους. Οι συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων τόνισαν την ύπαρξη της διαταραχής στον πληθυσμό των ανηλίκων ως αμφιλεγόμενη συγκριτικά με την έκταση που έχει πάρει η εμφάνιση της διαταραχής σε πρόσφυγες, μετανάστες και τα παιδιά τους. Όπως και οι ίδιοι αναφέρουν αυτό απορρέει από την πολυπλοκότητα που παρουσιάζει η κλινική εικόνα των ασυνόδευτων παιδιών και από την ταυτόχρονη ύπαρξη και άλλων διαταραχών (συννοσηρότητα) με την κατάθλιψη να συνοδεύει πιο συχνά τη μετατραυματική διαταραχή. Τέλος, το διεπιστημονικό προσωπικό εστιάζει στους τρόπους θεραπείας της διαταραχής υπογραμμίζοντας ότι η συνταγογράφηση φαρμάκων σε ανήλικα παιδιά δεν εξαφανίζει τις πολλαπλές τραυματικές τους εμπειρίες.

4.3.1 «Αμφιλεγόμενη» η ύπαρξη της διαταραχής

Στην ερώτηση για την έκταση και την εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες σε ασυνόδευτους ανηλίκους οι συμμετέχοντες επέδειξαν διαφωνία τόσο ως προς τον ορισμό του μετατραυματικού στρες όσο και στην εμφάνιση των συμπτωμάτων του διότι κανείς είναι αρκετά δύσκολο να διαγνώσει μόνο την ύπαρξη της συγκεκριμένης διαταραχής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης προκύπτει από την έντονη άρνηση ορισμένων επαγγελματιών να αποδεχθούν πλήρως τον όρο και

ειδικότερα το πρόθεμα της διαταραχής «μετά» ή “post” και αυτό το στηρίζουν στην άποψη ότι οι ασυνόδετοι ανήλικοι φθάνοντας στη χώρα μας βιώνουν επανειλημμένως στρεσογόνες καταστάσεις και νέες προκλήσεις. Σαφέστερα, οι συμμετέχοντες τονίζουν:

«Ένα πρώτο σημαντικό βήμα είναι να δούμε ποιες είναι οι ανάγκες των ανηλίκων, με ποιους μπορούν να ταυτιστούν, πως θα κάνουν προβολές για το μέλλον για τον εαυτό τους και τι σχέδια μπορούν να φανταστούν ως μελλοντική προοπτική. Εκεί υπάρχει εύκολα ένα πολύ μεγάλο κενό: έχουν συνήθως προβολές από τους γονείς που τους είπαν πήγαινε αλλού γιατί θα σπουδάσεις ή θα γίνεις πλούσιος και υπάρχει και ένας συνδετικός κρίκος που λείπει ανάμεσα στο τι ζουν και στο τι νόμιζαν ή ελπίζανε ότι θα βρουν εδώ. Και εκεί νομίζω εγώ ότι βρίσκονται σε αδιέξοδο και αυτό το αδιέξοδο είναι το πιο επικίνδυνο για τα παιδιά αυτά παρά το ότι κουβαλούν τραύματα από τις συνθήκες του πολέμου. Σε πολλά παιδιά λοιπόν για να το ειδικεύσω βλέπω πρόβλημα μετατραυματικού στρες το οποίο όμως στους νέους “στρώνει” πολύ γρήγορα». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ 2)

«Υπάρχουν αρκετά παιδιά που θα εντοπίσω PTSD γιατί είναι συνακόλουθο του τραύματος που φέρουν. Και κάποια θα κάνουν ίσως εκδηλώσεις για χρόνια αφού έχουν περάσει από πολυτραυματικά συμβάντα, κακοποίηση, κράτηση και βομβαρδισμούς». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛΙ)

«Αρχικά εγώ διαφωνώ με το μετατραυματικό στρες με το πρόθεμα μετά. Για μένα δεν υπάρχει post γιατί το τραύμα μπορεί να συνεχίζεται. Οπότε δε μπορούμε να μιλήσουμε για post αν καταλαβαίνετε τι εννοώ. Δηλαδή το post προϋποθέτει ότι κάποιος είναι σε ένα ήρεμο και δομημένο περιβάλλον και ξαφνικά έρχονται τα flashbacks και όλα αυτά. Εγώ θα ήθελα να σας πω ότι περισσότερο συναντάμε παιδιά που κάνουν αποσυνδεδεμένες κρίσεις ή αυτοτραυματισμούς ή κάνουν πολύ έντονες και βίαιες αντιδράσεις πάνω στο στρες παρά καθαρά μετατραυματικό στρες. Σίγουρα υπάρχει ένα κομμάτι που έχει να κάνει με το στρες με αυτά που έχουν περάσει στο ταξίδι ή με αυτά που πέρασαν στη χώρα τους ιδίως των παιδιών εκείνων που οι οικογένειες ήταν αναμειγμένες με δράσεις στην αντίσταση που εντάζει θα εμφανίσουν αποσυνδεδεμένες κρίσεις ή εφιάλτες και όνειρα... αλλά δε μπορώ να πω ότι εγώ προσωπικά έχω συναντήσει κάποιον που να πω αυτό αμιγώς είναι μετατραυματικό στρες». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧ1)

Με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω η Γρηγορία που είναι ψυχολόγος θεωρεί ότι είναι πολύ εύκολο κανείς να κάνει μια λάθος διάγνωση για τη μετατραυματική διαταραχή διότι τα συμπτώματα είναι κοινά με άλλες ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, αναγνωρίζει πως υπάρχουν πολλές συνθήκες που δε λαμβάνει υπόψη του ο επαγγελματίας ενώ για σωστή διάγνωση θεωρεί πως πρέπει να υπάρχει σταθερή ποιότητα και σταθερή ποσότητα:

«Κατά τη γνώμη μου σπάνια θα εντοπίσουμε μονάχα μετατραυματικό στρες. Δε σημαίνει ότι το αποκλείουμε αλλά καλό είναι πρώτα να σκεφτούμε λίγο τη βίωση απώλειας των ανηλίκων και την αλλαγή περιβάλλοντος που δεν είναι δική τους επιλογή. Σαφέστατα, τα συναισθήματα πένθους, οι διατροφικές συνήθειες και ο ύπνος δε συνεπάγονται την ύπαρξη της ανωτέρω διαταραχής. Για τη ζωή που κάνουν τα παιδιά όλα αυτά είναι φυσιολογικά ως αντίδραση. Ακόμη, τα flashbacks, οι εικόνες που έρχονται και επανέρχονται δε συνεπάγονται μετατραυματικό στρες. Τα συμπτώματα για μετατραυματικό πρέπει να έχουν μία συνέχεια για 6 μήνες περίπου και η ένταση να είναι της ίδιας κλίμακας. Θέλω να προσθέσω ότι αυτή η αναβίωση του τραυματικού γεγονότος από τα άτομα - που είναι έτσι και η διαδικασία της συνέντευξης – και ζητούμε από κάποιον να αφηγηθεί ξανά και ξανά τις εμπειρίες του και τον αναγκάζουμε να τις περιγράψει είναι η χειρότερη παρέμβαση. Έρχεται και ο ωφελούμενος σε δυσκολία καθότι οι προθέσεις μας μπορεί να είναι οι καλύτερες αλλά η διάγνωση λάθος. Υπάρχουν οι καταθλιπτικές διαταραχές και αγχώδεις και πένθος και απώλεια της πατρίδας και του σπιτιού και όλα αυτά είναι η ζωή που αφήνει κανείς πίσω. Παρερμηνεύεται πολύ το όλο θέμα και υπάρχει και έλλειψη πληροφορίας στο “βάζω ταμπέλα”. Γίνεται μία αδικαιολόγητη εστίαση στο όλον αλλά δεν έχουν όλοι αυτό».
(Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

«Η post traumatic stress disorder αρχικά να πούμε ότι είναι αναγνωρισμένη ως διαταραχή και έχει ενταχθεί και στο DSM. Αν ανατρέξουμε και στη βιβλιογραφία θα δει κάποιος ότι χρησιμοποιείται συχνά από εκθέσεις και μελέτες διεθνών οργανισμών που ασχολούνται με πρόσφυγες. Φυσικά και είναι άνθρωποι που έχουν μετακινηθεί από χώρες που υπέστησαν βομβαρδισμούς και έπεσαν ρουκέτες κοντά στα σπίτια τους, στις γειτονιές, στα χωριά τους. Για παράδειγμα, είχα δει πριν 2 χρόνια σε camp ένα παιδί γύρω 8 χρονών που δε μιλούσε εξαιτίας βόμβας που έπεσε κοντά στην περιοχή που ζούσαν με την οικογένειά του και ήταν συνεχώς τρομοκρατημένο. Έχουν μία κλινική εικόνα τα άτομα με PTSD να έχουν ανήσυχο ύπνο, συνεχή τρόμο και φόβο και

επιμένουν να εστιάζουν σε όσα συνέβησαν. Κατά τη γνώμη μου όταν υπάρχει μετατραυματικό στρες αρκετά συχνά συνυπάρχει και κάτι άλλο. Για το λόγο αυτό χρειαζόμαστε και ψυχομετρικά εργαλεία και ειδικά τεστ για να οδηγηθούμε σε πιο βέβαια συμπεράσματα.» (Ελεονώρα, ΨΥΧΟΛ2)

4.3.2 Η πολυπλοκότητα της κλινικής εικόνας ανηλίκων με PTSD και η συννοσηρότητα

Εν συνεχεία των όσων αναφέρθηκαν προκύπτει η πολυπλοκότητα τη διάγνωσης της μετατραυματικής διαταραχής στρες η οποία οφείλεται σε μεγάλο βαθμό και στο κομμάτι της συννοσηρότητας δηλαδή στην ύπαρξη παραπάνω από μίας κλινικής διαταραχής στο άτομο. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι το στοιχείο της συννοσηρότητας είναι πολύ συχνό στους ασυνόδευτους ανηλίκους με την κατάθλιψη και τις διαταραχές προσωπικότητας να συνοδεύουν περισσότερο το μετατραυματικό στρες. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι έφηβοι και οι νέοι να δημιουργούν περαιτέρω δυσκολίες όπως απομόνωση, κλείσιμο στον εαυτό τους και κοινωνική απόσυρση. Εκτενέστερα, οι συμμετέχοντες μοιράζονται την προσωπική τους άποψη και εμπειρία ως εξής:

«Ναι σε κάποια παιδιά, ευτυχώς όχι πάρα πολλά, υπερισχύουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή κάποια στάση στην καταθλιπτικότητα η οποία μπορεί να είναι επίμονη. Και εμένα εκεί με ανησυχεί προσωπικά γιατί αυτό ζητάει από εμάς ιδιαίτερη προσοχή. Γιατί συνήθως αυτά τα παιδιά έχουν ξεκινήσει από μια απόσυρση και δε θέλουν να ανησυχούν το περιβάλλον τους ενώ υπάρχει η τάση από τα περιβάλλοντα στα οποία βρίσκονται οι νέοι να τους αγνοούν επειδή δεν ενοχλούν, επειδή παραμένουν σιωπηλοί και δε διεκδικούν». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

«Η συννοσηρότητα βέβαια και είναι πολύ συχνή. Πιο πολύ εννοώ την κατάθλιψη είτε ελαφριάς είτε πιο βαριάς μορφής που ακολουθεί ή εργάζεται μαζί με το στρες και το άγχος. Γενικότερα, θέλω να κρατήσεις ότι επικεντρωνόμαστε στο βαθμό εστίασης και περισσότερο στο “short term” δηλαδή που είναι ευκολότερο να παρέμβουμε πιο άμεσα. Για να παρέχεις την καλύτερη υποστήριξη ξεκινάς από την 1^η βαθμίδα και όχι από την 4^η ή την 5^η που μπορεί εκεί να εντοπίζεται το μετατραυματικό στρες...». (Αναστασία, ΚΑ3)

«Η ύπαρξη πολλών διαταραχών μαζί σε ασυνόδευτους ανηλίκους υφίσταται σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών. Τα παιδιά που ας πούμε θα έχουν το μετατραυματικό

στρες είναι πολύ πιθανό να εκδηλώνουν και κάτι ακόμη. Η εμπειρία μας δείχνει ότι σε κάποιες περιπτώσεις θα είναι διαταραχές προσωπικότητας και ψυχώσεις. Στις διαταραχές προσωπικότητας εντοπίζεται πιο συχνά η μεταιχμιακή που έχει γενικά μια αστάθεια του παιδιού στο να χτίσει διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και την εικόνα του εαυτού του. Προσωπικά, με την ομάδα είχαμε συναντήσει και έναν έφηβο με σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας που διέμενε σε ξενώνα. Ο νέος αυτός είχε κόψει κάθε επαφή με τα άλλα παιδιά, αισθανόταν ευάλωτος και ήταν απόμακρος με όλους. Κι εδώ πρέπει να πω ότι το κοινωνικό κομμάτι μπορεί τον άλλον να τον ισοπεδώσει όσο και να τον βοηθήσεις ότι και να του προσφέρεις γιατί ειδικά τα παιδιά αυτά θέλουν καλό κράτημα και καλό δίκτυο υπηρεσιών». (Αλέξανδρος, ΚΑ1)

«Η συννοσηρότητα θέλει προσοχή και ειδικά αν μιλάμε για παιδιά και έφηβους και πόσο μάλλον τα ασυνόδευτα που δεν έχουν και το οικογενειακό τους περιβάλλον μαζί. Είναι εκτεθειμένα τα παιδιά και είναι ανεπανόρθωτο όλο αυτό το κακό. Θα ακουστεί κάπως τώρα αυτό αλλά το μετατραυματικό στρες ως υπάρχει, είναι και λίγο “ελαφρύ”. Όταν, όμως, όταν εδραιώνεται δίπλα του μια καταθλιπτική συμπεριφορά με ενδεχόμενες προειδοποιήσεις για αυτοτραυματισμό, αυτοκτονία ή αναφορές ότι δε θέλω τη ζωή μου εκεί χτυπάει κόκκινο και πρέπει να δράσεις άμεσα θεραπευτικά ξεκινώντας από το πιο σοβαρό». (Ελεονώρα, ΨΥΧΟΛ2)

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, υπάρχει μία συμμετέχουσα της ερευνητικής μελέτης που ναι μεν αποδέχεται την ύπαρξη συννοσηρότητας ωστόσο διαφωνεί με τους υπόλοιπους ερωτηθέντες και αναφέρει πως είναι κάτι που δε θα έπρεπε να μας ενδιαφέρει και πολύ. Η ίδια παραθέτει την τωρινή κατάσταση του ατόμου, τις ανάγκες και τις τρέχουσες συνθήκες ως προτεραιότητα στην οποία οφείλει να επικεντρωθεί ο επαγγελματίας:

«Τώρα εδώ θα σας στεναχωρήσω λίγο γιατί ναι υπάρχει συννοσηρότητα εάν θέλετε να μιλήσουμε με ιατρικούς όρους αλλά εμάς μας ενδιαφέρει το προφίλ του ανθρώπου που έρχεται και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει. Μπορεί να έχει άγχος και κατάθλιψη μαζί, μπορεί να έχει τι να σας πω και μπλε και κόκκινες βούλες... δε μας αφορά αυτό. Η πολυπλοκότητα έχει να κάνει με το πώς παρουσιάζεται αυτός ο άνθρωπος, με τις ανάγκες που έχει και το δύσκολο ιστορικό. Με λίγα λόγια, η τρέχουσα συνθήκη ή κατάσταση του ατόμου μπορεί να δυσκολέψει περισσότερο από τη συννοσηρότητα. Εκτός από τη συννοσηρότητα που μπορεί να έχουν υπάρχει και ένα ζήτημα κεντρικό ότι

δε μπορούν να συνδέονται εύκολα και πιστεύουν ότι τους εξαπατήσανε. Αυτό δυσκολεύει πολύ η συνθήκη στην οποία βρίσκονται». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ)

4.3.3 Η φαρμακοθεραπεία ως «ανακούφιση» για τους άλλους

Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο οι συμμετέχοντες καλούνται να μιλήσουν για το θεραπευτικό πλάνο που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι η ψυχοθεραπεία και η συχνή παρακολούθηση του ανηλίκου από τον παιδοψυχίατρο είναι η πιο αποτελεσματική διαχείριση απέναντι στη διαταραχή. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι φορές που οι επαγγελματίες καλούνται να χορηγήσουν φάρμακα και ειδικότερα στην περίπτωση που συνυπάρχουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι συμμετέχοντες τονίζουν ότι η φαρμακοθεραπεία δε λύνει το πρόβλημα και πρέπει να εφαρμόζεται μόνο σε ειδικές περιπτώσεις καθώς η συνεργασία τους έχει να κάνει αμιγώς με παιδιά και εφήβους. Αναλυτικότερα:

«Ελάχιστες θεραπείες είναι αποτελεσματικές για το μετατραυματικό στρες και το λέω γιατί οι περισσότερες αποδεικνύονται αποτελεσματικές για το άγχος ή την κατάθλιψη. Αυτές δεν είναι θεραπείες για μετατραυματικό. Αυτό το ξαναπές μου από την αρχή τι έζησες και τι βίωσες είναι... Πολλοί τρόποι για λάθος είναι και λίγοι για το σωστό. Τώρα για τη φαρμακοθεραπεία ναι ταιριάζει σε κάποιες περιπτώσεις και σε βετεράνους πολέμους αλλά δε γιατρεύει ουσιαστικά τη διαταραχή μόνο επηρεάζει τον ανήλικο λιγότερο στην καθημερινότητα του. Καλύπτει συνοπτικά τα συμπτώματα και νιώθει το άτομο παραπάνω ανακούφιση. Δηλαδή το παιδί έχει όφελος κατά μία έννοια αλλά δεν πρέπει να αποτελεί την πρώτη επιλογή η φαρμακοθεραπεία. Στη βάση του δε μιλάμε για κάτι αφύσικο μιλάμε για κάτι φυσικό που στην κλιμάκωσή του έγινε διαταραχή. Είναι πολύ βασικό αίτιο αυτό το οποίο έζησες και πες μου για αυτό συνέχεια. Κάποιος θα είναι έτοιμος μπορεί και σε χρόνια». (Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

«Θα χρειαστούν πρώτα να γίνουν πολύ γρήγορα κάποιες συνεδρίες ώστε να μιλήσουν για τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Τα φάρμακα πιο συγκεκριμένα μπορεί να μειώνουνε κάπως τα συμπτώματα αλλά φτάνει μόνο το φάρμακο; Εστιάζω πολύ σε αυτό... Δεν είναι ένα τυπικό φάρμακο. Στην εφηβεία τα αντικαταθλιπτικά δε βοηθάνε πολύ, μόνο καταλαγιάζουν το άγχος. Μιλάμε πιο πολύ για νευρωτικές λειτουργίες. Μπορεί να βοηθήσουν κάποια φάρμακα νευροληπτικά και σε πολύ μικρές δόσεις και για κάποιο καιρό όχι για αμέτρητα χρόνια τα οποία δεν καθορίζουν τη ψυχοπαθολογία.

Μετριάζουν τα συμπτώματα και ελέγχουν ευκολότερα τον εαυτό τους». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

«Κάποιες φορές οι ασυνόδευτοι ανήλικοι έχουν ήδη κάποια συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή από το νοσοκομείο και ειλικρινά δε θέλουν να δουν ψυχίατρο ή άλλο επαγγελματία ζωγραφιστό. Αν το χρειάζονται το φάρμακο για να πέσουν λίγο τα “κόκκινα” να το πάρουν δεν υπάρχει ζήτημα. Αλλά δεν είναι το πρώτο που λέμε να πάρει το φάρμακο για να ηρεμήσει. Ακόμη και να πάρουν σε μικρές δόσεις χάπια ή σιρόπι για τις μικρότερες ηλικίες είναι για να τους βοηθάει καλύτερα στον ύπνο και να μπορούν να φτιάχνουν ένα πρόγραμμα. Σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις έχουμε δει ότι μόνο τα φάρμακα βοήθησαν αλλά και αυτό είναι σε σύνδεση με το περιβάλλον που περιτριγυρίζει τους ασυνόδευτους και τους κατανοεί πλέον καλύτερα». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧ1)

Ένα πολύ σημαντικό θέμα που προκύπτει τόσο στο κομμάτι της θεραπείας για την αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής στρες όσο και από την φαρμακοθεραπεία είναι ότι η δεύτερη αποτελεί περισσότερο αίτημα του πλαισίου που φιλοξενεί τον ασυνόδευτο ανήλικο. Με απλά λόγια, οι συμμετέχοντες αναφέρουν πως οι επαγγελματίες και φροντιστές των ασυνόδευτων ανηλίκων συχνά τους παραπέμπουν με το αίτημα της αδυναμίας διαχείρισης της συμπεριφοράς τους ή με το πρόσχημα του «πάρτε τον για τον κάνετε καλά». Οι εργαζόμενοι σε δομές ασυνόδευτων ανηλίκων φαίνεται συχνά να νιώθουν πιεσμένοι, κουρασμένοι ενώ πρέπει να σηκώσουν το μεγάλο βάρος ανάληψης ενός γονεϊκού ρόλου που στην πραγματικότητα απουσιάζει από τη ζωή των παιδιών αυτών. Εκτενέστερα, οι συμμετέχοντες της ερευνητικής μελέτης τονίζουν:

«Το φάρμακο είναι μια ανακούφιση για τους επαγγελματίες γιατί μπορεί να πιστεύουν πως έτσι θα είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμος. Γιατί, ειδικά οι επαγγελματίες σε ξενώνες ανηλίκων νιώθουν ακάλυπτοι και πιέζονται. Έρχονται και μας λένε: “παιδιά δώστε του κάτι να σταματήσει ή στείλτε τον κάπου για να πάρει κάποιος άλλος την ευθύνη να τον κάνει καλά”». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

«Όποια κίνηση είναι δύσκολη και για τη διεπιστημονική ομάδα και για το παιδί το ίδιο. Και στο ψυχιατρικό νοσοκομείο να πάει και χειριστικά να το κάνει και αγωγή να του δώσουμε αν δε θέλει δεν πρόκειται να την πάρει...». (Ευαγγελία, ΚΑ2)

«Οι δομές είναι εντελώς μόνες και δε ξέρουν πώς να το βγάλουν εις πέρας όλο αυτό γιατί ειδικές δομές φιλοξενίας για ψυχικά πάσχοντες πρόσφυγες και μετανάστες πόσο μάλλον ασυνόδευτα ανήλικα δεν υπάρχουν μην κοροϊδευόμαστε. Οι δομές τα στέλνουν πολύ εύκολα στο ψυχιατρείο και δυστυχώς γίνονται ασυνάρτητες κινήσεις απέναντι στον πληθυσμό αυτό». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛΙ)

Αν και προκύπτουν δυσκολίες και αρκετές φορές λάθος κινήσεις από τους επαγγελματίες του χώρου και τους φορείς που φιλοξενούν ασυνόδευτα παιδιά, η Κλαίρη ως παιδοψυχίατρος νιώθει την ανάγκη να τονίσει τη μεγάλη σημασία του ρόλου του διεπιστημονικού προσωπικού απέναντι στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Ειδικότερα, τονίζει το πόσο ψυχικά ανθεκτικοί και ψύχραιμοι πρέπει να παραμένουν οι επαγγελματίες υιοθετώντας ρόλους που στην πραγματικότητα θα είχαν οι γονείς των παιδιών αυτών εάν βρίσκονταν μαζί τους:

«Όλοι οι φορείς μπαίνουν μέσα σε ένα μεγάλο γονεϊκό ρόλο και πρέπει να αντέξουν αυτό το γονεϊκό ρόλο οι επαγγελματίες και δεν είναι εύκολο καθόλου. Αλλά αυτό είναι που χρειάζεται ένας ασυνόδευτος ανήλικος. Να αισθανθεί ασφάλεια, σιγουριά και να αισθανθεί ότι ο άλλος δε θα καταρρεύσει από την επίθεση που θα του κάνει. Και μπορεί να είναι πάρα πολύ κουραστικό αυτό αλλά ταυτόχρονα είναι και πάρα πολύ θεραπευτικό. Όπως οι γονείς αντέχουν τις επιθέσεις από τους εφήβους έτσι είναι και οι επαγγελματίες». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ)

4.4 Η αποτελεσματικότητα και αξιολόγηση των υπηρεσιών

Στην τελευταία θεματική ενότητα της ερευνητικής μελέτης οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήματα γύρω από τη βιωσιμότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από προγράμματα που υλοποιούν μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Ειδικότερα, προκύπτουν οι πηγές χρηματοδότησης των προγραμμάτων αλλά και ζητήματα που αφορούν τη ξαφνική διακοπή αυτών καθιστώντας τα αποσπασματικά. Ακόμη, αποτυπώνεται ο τεράστιος αντίκτυπος ξαφνικής διακοπής παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη ψυχοσύνθεση των ασυνόδευτων ανηλίκων και οι συνέπειες που αυτός επιφέρει. Τέλος, αναδεικνύεται η ανάγκη για αξιολόγηση των προγραμμάτων και της εργασίας των επαγγελματιών τόσο από τους εποπτευόμενους μηχανισμούς όσο και από τους ίδιους τους ωφελούμενους γεγονός το οποίο απουσιάζει έως και σήμερα.

4.4.1 Αποσπασματικές οι χρηματοδοτήσεις των προγραμμάτων

Αρκετές μη κυβερνητικές οργανώσεις με αφορμή τις μεγάλες προσφυγικές ροές στην Ελλάδα από το 2015 και μετά ανέλαβαν να ξεκινήσουν προγράμματα ή και δράσεις με στόχο την υποστήριξη και ανακούφιση ενός πληθυσμού με διαφορετικό πολιτισμό και κουλτούρα. Παρότι πολλά προγράμματα ξεκίνησαν τη λειτουργία τους την πρώτη κιόλας διετία με την οικονομική στήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σήμερα παρατηρείται ότι αρκετοί φορείς αποφασίζουν να αποσυρθούν ή να αναστείλουν τις υπηρεσίες τους εξαιτίας δυσκολιών στη σταθερή ροή χρηματοδότησης των δράσεών τους. Στο συγκεκριμένο θέμα, οι ίδιοι οι συμμετέχοντες ως αποδέκτες των προβλημάτων που επιφέρουν τέτοιες ενέργειες χαρακτηρίζουν τις σημερινές χρηματοδοτήσεις αποσπασματικές και με πολύ μικρή διάρκεια γεγονός που δυσκολεύει τόσο τη δική τους δουλειά όσο και την αδυναμία των ωφελούμενων να χτίσουν σχέσεις εμπιστοσύνης σε μακροπρόθεσμο επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα, η Γρηγορία που εργάζεται ως ψυχολόγος σε δομή φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων αναφέρει: *«Η πηγή χρηματοδότησης του προγράμματος που εργαζόμαστε εμείς είναι από την Ευρωπαϊκή Ένωση δηλαδή από το Ευρωπαϊκό Ταμείο. Αν δεν κάνω λάθος το 80 ή 90% των χρημάτων είναι απέξω για την ανθρωπιστική βοήθεια και ένα 10 με 20% από εθνικούς πόρους. Βέβαια, το πρόγραμμα είναι εποπτευόμενο από το Υπουργείο Οικονομίας και Ανάπτυξης άρα και ο κρατικός μηχανισμός είναι το Υπουργείο. Επίσημη παύση ή διακοπή δεν έχει γίνει σε ότι αφορά τη δομή ως υφίσταται αλλά έχουν υπάρξει τραγικές χρηματικές καθυστερήσεις - πολύμηνες θα έλεγα - όχι μόνο για τους εργαζομένους αλλά και για τα ίδια τα παιδιά».* (Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

Ομοίως, η Αναστασία ως κοινωνική λειτουργός σε ξενώνα ασυνόδευτων ανηλίκων σημειώνει: *«το πρόγραμμα υλοποιείται από το Υπουργείο σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Από όσο γνωρίζω το ελληνικό κράτος δίνει ένα πολύ μικρό ποσό για να το στηρίξει. Ωστόσο, αυτό δε σημαίνει ότι έχουμε σίγουρη χρηματοδότηση και υπηρεσίες. Έχει τύχει να περιμένουμε για να πάρουμε τα χρήματα για τη λειτουργία μας και 6 μήνες και το προσωπικό που ήταν απλήρωτο τόσο καιρό έφευγε ο ένας μετά τον άλλον».* (Αναστασία, ΚΛ3)

Σε αντίθεση με τις παραπάνω συμμετέχουσες κάποιοι άλλοι παραδέχονται ότι οι χρηματοδοτήσεις που έρχονται από το Υπουργείο Υγείας επιφέρουν κάποια

σταθερότητα στην παροχή των υπηρεσιών. Ωστόσο, αυτό από μόνο του δεν είναι αρκετό καθώς παραδέχονται ότι τα προγράμματα είναι αποσπασματικά και μπορούν να διακοπούν ανά πάσα στιγμή. Επιπλέον, όσα προγράμματα συνεχίζουν να λειτουργούν φαίνεται να είναι μικρότερης εμβέλειας σύμφωνα με τις απόψεις των συμμετεχόντων ενώ τίθεται ως σημαντικό πρόβλημα η συχνή εναλλαγή προσώπων και επαγγελματιών στη ζωή των ανηλίκων με ζητήματα ψυχικής υγείας. Αναλυτικότερα:

«Η βασική χρηματοδότηση είναι από το Υπουργείο Υγείας και υπάρχει μία σχετική σταθερότητα. Πάντα όμως θα υπάρχει και συμπλήρωμα από άλλα προγράμματα. Ο στόχος μας είναι η δομή να προσφέρει μακροχρόνιες υπηρεσίες με μια σταθερότητα όπου μπορούν να χτιστούν σχέσεις εμπιστοσύνης σε βάθος χρόνου. Είναι αλήθεια ότι τα προγράμματα είναι αποσπασματικά για λίγο καιρό και για συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων. Αυτό δημιουργεί πάρα πολλά προβλήματα σε αυτό που προσπαθούμε να κάνουμε με τους εξυπηρετούμενούς μας. Πρέπει να προσφέρονται υπηρεσίες για τους ανθρώπους ανεξαιρέτως για να κερδίσουμε και πόρους αμέτρητους». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

Η Κλαίρη η οποία εργάζεται ως παιδοψυχίατρος σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες τονίζει τη χρησιμότητα ύπαρξης σταθερών χρηματοδοτήσεων και με το υπάρχον έμπειρο διεπιστημονικό προσωπικό: *«Αρχικά, εμείς ανήκουμε σε Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑΜΚΕ). Το πρόγραμμα το δικό μας εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας οπότε η χρηματοδότηση έρχεται κατευθείαν από εκεί. Η χρηματοδότηση του Υπουργείου καθιστά μια σταθερότητα όσον αφορά την υπηρεσία η οποία θα είναι μικρότερης εμβέλειας. Δηλαδή, δε θα μπορεί εξ' αρχής να εξυπηρετήσει όλο τον πληθυσμό των ασυνόδευτων ανηλίκων. Αν με ρωτάτε εμένα, οι χρηματοδοτήσεις θα πρέπει να είναι σταθερές ανεξαρτήτως μικρών ή μεγάλων χρηματοδοτών του ελληνικού κράτους. Τώρα το δεύτερο, είναι ότι πρέπει να παραμένουν οι ίδιοι επαγγελματίες για να υφίσταται συνέχεια στα προγράμματα και αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει σεβασμός στους επαγγελματίες για να παραμένουν. Ο σεβασμός πρέπει να είναι και οικονομικός ναι, μας αρέσει είτε όχι, να μη δουλεύει κανείς για μισθό πείνας αλλά και από την άλλη να υπάρχει συνεχή υποστήριξη και εκπαίδευση στο προσωπικό και αν γίνεται και εποπτεία. Τότε μόνο θα πούμε ότι κάτι είναι αποτελεσματικό για όλους». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧ1).*

4.4.2 «Φρικτός» ο αντίκτυπος διακοπής υπηρεσιών στη ψυχολογία των ασυνόδευτων ανηλίκων

Στη συγκεκριμένη θεματική ενότητα οι συμμετέχοντες της ερευνητικής μελέτης μιλούν για το ενδεχόμενο ξαφνικής διακοπής προγραμμάτων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τις συνέπειες αυτού του γεγονότος στη ψυχοσύνθεση των ανηλίκων. Σύμφωνα με τη γνώμη τους υποστηρίζουν ότι ο αντίκτυπος που θα προκύψει έπειτα από ένα τέτοιο συμβάν θα είναι φρικτός για τη ψυχολογία των παιδιών και για όσα θα έχουν καταφέρει κατά τη θεραπευτική τους πορεία. Αποτέλεσμα της παραπάνω τακτικής είναι οι ανήλικοι να νιώθουν εξαπατημένοι, να αποφεύγουν να επενδύσουν σε μελλοντικές θεραπευτικές σχέσεις και να βιώνουν ακόμη μία ματαιώση. Εκτενέστερα, οι συμμετέχοντες δηλώνουν:

«Με τους ασυνόδευτους ανηλίκους αυτό που συμβαίνει είναι φρικτό. Εμείς και τα συστήματα αντιμετώπισης δημιουργούμε έναν κατακερματισμό αντί να βοηθάμε τα παιδιά αυτά να μαζέψουν τα κομματάκια τους και να κτίσουν το εγώ τους και τον εαυτό τους και να κατανοήσουν το πλαίσιο που κινούνται και τον εαυτό τους μέσα σε αυτό» (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

«Δημιουργούμε στα παιδιά και στους εφήβους τόσες αλλαγές και συχνές μετακινήσεις που δεν τα βοηθάμε καθόλου. Και για του λόγου το αληθές και οι εργαζόμενοι αλλάζουν συχνά για ένα βασικό λόγο: γιατί καίγονται (burnout). Δεν υπάρχει καμία προετοιμασία ή προειδοποίηση για τη διακοπή προγράμματος και τα πρόσωπα αναφοράς χάνονται και μετά έρχεται η δυσανασχέτηση. Προσωπικά, όποιον ανήλικο θα δω σε συνεδρία τον βλέπω σαν να είναι η πρώτη και μοναδική φορά που θα τον δω. Δε ξέρω αν θα ξανάρθει ή αν θα συνεχίσω εγώ αύριο». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛ1)

«Ο ασυνόδευτος ανήλικος θα αντιδράσει έντονα σε κάτι τέτοιο. Σου λέει από τη μία εγώ γλίτωσα δε θα ξαναπάω εκεί πέρα αλλά από την άλλη μέσα του λέει με παρατήσανε και έρχεται ακόμη μία ματαιώση. Είναι γνωστό ότι απαγορεύεται να ακυρώνουμε την πρώτη θεραπεία και την εμπιστοσύνη της σχέσης. Είναι επιζήμια η διακοπή και μπορεί να έχει δυσμενή αποτελέσματα. Δυστυχώς δεν είναι μόνο τα προγράμματα και η βιωσιμότητά τους... είναι και τα πρόσωπα και οι άνθρωποι και όσα έχεις χτίσει μαζί τους» (Ελεονώρα, ΨΥΧΟΛ2)

Εν συνεχεία, η Γρηγορία που είναι ψυχολόγος επισημαίνει ότι μία τέτοια απώλεια για τους ασυνόδευτους ανηλίκους μπορεί να ενισχύσει τα πρώτα κλινικά συμπτώματα

της ψυχικής τους υγείας: «Θα είναι τεράστια απώλεια αυτό και θα ενισχύσει τα πρώτα συμπτώματα των ανηλίκων. Επίσης, θα ενισχύσει την έλλειψη εμπιστοσύνης και την αβεβαιότητα και το “καταστροφικό μοτίβο” ότι δε μπορώ να βασιστώ σε τίποτα. Στόχος λοιπόν είναι η συνέχεια, το χτίσιμο εμπιστοσύνης και η συναισθηματική επένδυση. Γι’ αυτό και οι εργαζόμενοι είναι σημαντικοί επειδή ο αντίκτυπος έλλειψης των προσώπων αναφοράς στη ψυχολογική τους κατάσταση είναι μεγάλος». (Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

Από την πλευρά του ο Αλέξανδρος ως κοινωνικός λειτουργός σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας δίνει μία άλλη διάσταση στο πρόβλημα τονίζοντας το πόσο σημαντικός είναι ο αποχαιρετισμός του επαγγελματία με τον εξυπηρετούμενό του:

«Δε βοηθάει καθόλου να μη ξέρει ένας φορέας αν θα συνεχίσει το πρόγραμμά του και να το μαθαίνει σχεδόν ένα μήνα στην καλύτερη περίπτωση πριν την επίσημη λήξη. Δε βοηθάει να μην το ξέρει αυτό ούτε ο εργαζόμενος ούτε ο ασυνόδευτος ανήλικος. Αν είναι να δοθεί μια χρηματοδότηση να ξέρουμε ότι λήγει τότε. Γιατί ο επαγγελματίας δε μπορεί έτσι να αποχαιρέτησει και να κάνει τις παραπομπές των εξυπηρετούμενών του. Στο φορέα το δικό μας όταν κληθήκαμε να διαχειριστούμε τον αποχαιρετισμό αντίστοιχου προγράμματος το δουλεύαμε αυτό 2 με 3 μήνες περίπου και πάλι δυσκολευόμασταν να αποχαιρέτησουμε τους ανθρώπους που ερχόταν σε μας σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα. Αν το πρόγραμμα είναι τρίμηνο ή εξάμηνο τι αποτελεσματικότητα να έχει;». (Αλέξανδρος, ΚΑ1)

Αντιστοίχως και η Ευαγγελία ως κοινωνική λειτουργός προτείνει από τη θέση της ότι αν είναι να δίνονται νέες μικρές χρηματοδοτήσεις αυτές θα πρέπει να είναι η συνέχεια των ήδη υφιστάμενων προγραμμάτων που λειτουργούν με αποτελεσματικότητα και συνέπεια:

«Δε βοηθάει το αποσπασματικό στοιχείο. Βοηθάει μια χρηματοδότηση να είναι τουλάχιστον 2 χρόνια και άνω. Στα 2 χρόνια προλαβαίνεις να κάνεις κάποια βασικά πραγματάκια. Προγράμματα με διάρκεια 6 μηνών που ξεκινάνε και σταματούν τι να τα κάνουμε; Αν είναι να δίνονται τέτοιες μικρές χρηματοδοτήσεις ας είναι η συνέχεια ή μια μεγάλη παράταση ήδη υπάρχουσών προγραμμάτων και όχι νέων». (Ευαγγελία, ΚΑ2)

Τέλος, θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην αποτυπωθεί η άποψη της Κλαίρης που είναι παιδοψυχίατρος σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανήλικους και η οποία επεξηγεί την άρνηση των ίδιων των ωφελούμενων να συνεχίσουν στο πρόγραμμα με άλλον θεραπευτή. Η επένδυση και η σχέση που είχαν κάνει οι ανήλικοι απέναντι στον επαγγελματία που τους παρακολουθούσε θεραπευτικά ήταν τόσο δυνατή που δεν ήθελαν οι ίδιοι να δουν κάποιον άλλον ή να παραπεμφθούν αλλού. Αναλυτικότερα:

«Ο αντίκτυπος διακοπής των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι τεράστιος. Υπάρχουν περιστατικά σε μας που επέλεξαν να μη συνεχίσουν γιατί δεν είχαν τον ίδιο θεραπευτή. Είχαν δημιουργήσει μια επένδυση και αυτή η επένδυση δε μπορούσε να γίνει κάπως αλλιώς. Το πλήγμα είναι τεράστιο. Υπήρχαν άνθρωποι που πραγματικά μείνανε μετέωροι. Θα μοιραστώ μαζί σου ένα παράδειγμα: είχαμε ένα αγοράκι που έκανε θεραπεία γιατί ήταν στο φάσμα του αυτισμού. Τον δουλεύαμε τον μικρό 6 μήνες και τον είχαμε καταφέρει να έρθει και σε πάρτι με άλλα παιδάκια και να μην ταραχθεί γενικότερα... Φαντάσου εκεί που ο μικρός έχει αρχίσει να δουλεύεται και να επικοινωνεί όχι με το λόγο αλλά με άλλα σημεία, να του κόβεται η χρηματοδότηση και το πρόγραμμα. Είναι επιζήμιο για το παιδί που μπήκε σε μια σειρά και σε 1 με 2 μήνες θα κάνει τέτοια παλινδρόμηση που θα χάσει και αυτά που τον δουλεύαμε για 6 μήνες». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ).

4.4.3 Η σπουδαιότητα της ορθής αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών

Στην τελευταία θεματική ενότητα της ερευνητικής μελέτης αναδεικνύεται η έννοια της αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και η σπουδαιότητα ύπαρξής της προκειμένου τόσο οι φορείς όσο και το διεπιστημονικό προσωπικό να λαμβάνουν ποιοτική ανατροφοδότηση σχετικά με τον τρόπο εργασίας τους. Από τις απόψεις των εργαζομένων παρακάτω προκύπτει ότι η αξιολόγηση σχεδόν δεν υφίσταται παρότι οι ίδιοι επιθυμούν να «βαθμολογείται» ο τρόπος εργασίας τους και όχι να δίνεται μόνο βαρύτητα σε αριθμητικά στοιχεία που αφορούν τα ποσοτικά δεδομένα του προγράμματος. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες θέτουν ανοικτά τη σημαντικότητα του feedback από τους ωφελούμενους τους ώστε να μπορούν να ερμηνεύουν αν οι άνθρωποι που τους επισκέπτονται είναι πραγματικά ευχαριστημένοι από το θεραπευτή τους. Σαφέστερα, οι συμμετέχοντες μοιράζονται:

«Επίσημη αξιολόγηση δεν υπάρχει. Υπάρχει το τυπικό πλαίσιο και ο εξωτερικός μηχανισμός που είναι το Υπουργείο. Ο κρατικός μηχανισμός προφανώς και αξιολογεί αν θα συνεχιστεί το πρόγραμμα με βάση κάποια στοιχεία. Η αξιολόγηση του έργου όμως γίνεται από τους εργαζομένους εκ του αποτελέσματος και από τους στόχους που τίθενται. Ουσιαστικά, το ποιοτικό κομμάτι κρίνεται από τη δομή». (Γρηγορία, ΨΥΧΟΛ3)

«Δεν έχουμε κάνει κάτι τυπικό σε αυτό. Είναι εποπτευόμενο κέντρο εδώ από το Υπουργείο. Εμείς σα φορέας τηρούμε μια βάση δεδομένων με τα στοιχεία, τον αριθμό των ανθρώπων που μας επισκέφθηκαν, ποιοι θεραπευτές επενέβησαν στην υπόθεσή τους και τι αριθμό συναντήσεων κάναμε. Τηρείται δηλαδή αρχείο. Αλλά αξιολόγηση όχι δε γίνεται αν και θα θέλαμε να σας πω την αλήθεια για να δούμε αν όντως είμαστε αποτελεσματικοί και σωστοί. Η δουλειά της αξιολόγησης είναι δύσκολη και πρέπει να γίνει ταυτόχρονα με μια ησυχία αλλά και με μια ένταση». (Ελενα, ΠΑΙΔΟΨΥΧ2)

«Καταρχήν αξιολόγηση πρέπει να υπάρχει από τους πάντες όχι μόνο από τους εξυπηρετούμενους. Το πώς θα μπορούσε να υπάρχει μια αξιολόγηση εξαρτάται επίσης από το τι μετρείται. Θέλουμε να δούμε την παροχή της υπηρεσίας; Το πόσο ευχαριστημένοι είναι οι άνθρωποι από τον επαγγελματία που τους παρακολουθεί; Κατά τη γνώμη μου αν είναι να υπάρχει μια αξιολόγηση χρειάζεται να είναι ποιοτική θα μπορούσε και ποσοτική αλλά θα πρέπει να το ξέρουμε εξ' αρχής ώστε να οργανωθεί με σωστό τρόπο. Πρέπει να σας πω ότι η διαδικασία της αξιολόγησης δεν είναι καθόλου εύκολη». (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧ1).

Ομοίως, η Αναστασία ως κοινωνική λειτουργός υπογραμμίζει την αναγκαιότητα ύπαρξης της αξιολόγησης ως αναπόσπαστο κομμάτι του προγράμματος που θα πρέπει να γνωστοποιείται από την αρχή της λειτουργίας του: *«Το ζήτημα της αξιολόγησης θα πρέπει να μπαίνει ως διαδικασία από την αρχή του προγράμματος. Συνήθως ο χρηματοδότης είναι αυτός που ζητάει να υπολογίσουμε κάποια στοιχεία για να δει αν όντως αυτά που κάνουμε αξίζουν τα λεφτά του. Με απλά λόγια, όταν δομείται ένα πρόγραμμα καλό είναι να τίθεται στους αρχικούς όρους και η αξιολόγησή του συνολικά. Ούτε στη μέση ούτε στο τέλος. Είναι πολύ σημαντικό να ξέρεις το τι θέλεις να εξετάσεις ή να μετρήσεις από την αρχή». (Αναστασία, ΚΛ3)*

Σύμφωνα και με τα παραπάνω, ο Δημήτρης από τη θέση του επισημαίνει ότι η αξιολόγηση θα πρέπει «ανθρώπινη», βοηθητική και υποστηρικτική. Ο ίδιος

ξεκαθαρίζει ότι η αξιολόγηση δε πρέπει να έχει εκδικητικό χαρακτήρα για τον επαγγελματία ή τη διεπιστημονική ομάδα. Στόχος της δεν είναι να καταδείξει ποιοι εργαζόμενοι κάνουν καλά τη δουλειά τους και ποιοι όχι αλλά να αποτελεί μία αφορμή για προσωπική εξέλιξη και αναγνώριση:

«Η αξιολόγηση είναι θετικό να υπάρχει αλλά να μην είναι τέτοια για να κουνήσεις το δάχτυλο και να πεις μπράβο αυτοί είναι πολύ καλοί συνάδελφοι ή αυτοί ήταν πολύ καλοί εξυπηρετούμενοι και τα πήγαν καλά. Ακόμη και όταν κάτι δεν πάει καλά όπως εσύ θα ήθελες πρέπει να έχεις το χώρο και το χρόνο να ελέγξεις τι ακριβώς συμβαίνει. Στην τελική αυτό που ενδιαφέρει τους χρηματοδότες και τους υπευθύνους είναι η βιωσιμότητα η οποία είναι πάνω από όλα και πόσους ανηλίκους με μετατραυματικό είδαμε και θεραπεύσαμε. Η πραγματικότητα είναι άλλη όμως...». (Δημήτρης, ΨΥΧΟΛΙ)

Επιπρόσθετα, αρκετοί συμμετέχοντες εκφράζουν την επιθυμία τους να λαμβάνουν ανατροφοδότηση για τον τρόπο εργασίας τους και με τον πληθυσμό με τον οποίο έρχονται σε επαφή και συνεργασία. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών και των προγραμμάτων από την πλευρά των ωφελούμενων δε φαίνεται να εφαρμόζεται σε κανέναν από τους φορείς που συμμετείχαν στην ερευνητική μελέτη ενώ μόνο ένας μη κυβερνητικός οργανισμός στο παρελθόν χορηγούσε ερωτηματολόγιο προκειμένου οι εξυπηρετούμενοι να μεταφέρουν feedback από την εμπειρία τους. Για το διεπιστημονικό προσωπικό, η αξιολόγηση από τον πληθυσμό με τον οποίο εργάζονται είναι πρωταρχικής σημασίας αφού τους δίνει τη δυνατότητα να εκφραστούν ανώνυμα και να ακουστεί η φωνή τους:

«Αξιολόγηση ή ανατροφοδότηση από τους ανθρώπους που έρχονται σε εμάς δεν υπάρχει με επίσημο τρόπο. Ούτε για τους ενήλικες ούτε για τους ανηλίκους. Η διάθεση του προσωπικού για αξιολόγηση υπήρχε και υπάρχει. Είναι κάτι που το ζητάμε και εμείς. Πέρα από εμάς, δυστυχώς δεν υπάρχει καμιά πρόβλεψη ούτε για το πώς θα ακουστεί η φωνή των εξυπηρετούμενών μας, τα παράπονά τους ή τα θετικά τους σχόλια». (Ευαγγελία, ΚΑ2)

«Όχι δεν έχουμε τέτοια μέσα ή τρόπους πλέον να αξιολογούν τα ανήλικα παιδιά ή οι οικογένειες τις υπηρεσίες μας. Και λέω πλέον γιατί έχω την εντύπωση ότι παλαιότερα στο κλείσιμο των συνεδριών χορηγούνταν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο για να καταθέσει την εμπειρία του ο ωφελούμενος για τη συνεργασία με το φορέα γενικότερα και τον επαγγελματία ειδικότερα». (Αλέξανδρος, ΚΑ1)

Τέλος, μία συμμετέχουσα αναδεικνύει μία νέα ενδιαφέρουσα οπτική αξιολόγηση που περιλαμβάνει διαδικτυακές πλατφόρμες όπου εκεί ο εξυπηρετούμενος έχει τη δυνατότητα να εισέλθει και να δει πραγματικά στοιχεία γύρω από το «προφίλ» του. Για την ακρίβεια, εκτός της αξιολόγησης που μπορεί να παρέχει για τον επαγγελματία, μπορεί να δει συνοπτικά τους στόχους της θεραπείας που έχουν τεθεί και πόσο αυτοί μετακινούνται με το πέρασ των μηνών:

«Σήμερα υπάρχουν ηλεκτρονικές πλατφόρμες που ένα κομμάτι αξιολόγησης σε σχέση με τον εξυπηρετούμενο έχει να κάνει με το στόχο που θέτει ο ίδιος και πως μετακινείται και επιπλέον δίνει feedback όσον αφορά τον επαγγελματία. Έχουν βγει πάρα πολλά τέτοια πράγματα αλλά καλό είναι να υπάρχουν από την αρχή που θα ξεκινήσει η χρηματοδότηση και να το συζητάμε με το χρηματοδότη τι θα ήθελε να μετρηθεί, τι θα ήθελε ο ίδιος αλλά πως μπορούμε στην πράξη εμείς να αποτυπώσουμε κάτι που είναι σημαντικό για να του δείξουμε την ποιότητα της υπηρεσίας μας» (Κλαίρη, ΠΑΙΔΟΨΥΧΙ)

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

«ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ»

5.1 Συμπεράσματα

Στο τελευταίο κεφάλαιο της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης περιλαμβάνονται τόσο τα συμπεράσματα όσο και οι προτάσεις για τυχόν διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών. Τα συμπεράσματα της έρευνας κατεγράφησαν έπειτα από τη συλλογή στοιχείων τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και από τις συνεντεύξεις που αποτέλεσαν το βασικό υλικό της ερευνητικής διαδικασίας. Τα συμπεράσματα μας παρέχουν πληροφορίες για να κατανοήσουμε - αν όχι πλήρως σε μεγάλο βαθμό - τις πτυχές του προβλήματος, τις διαστάσεις του και να μπορέσουμε να οδηγηθούμε σε ασφαλείς διαπιστώσεις. Αντιστοίχως, από τις προτάσεις μπορεί να προκύψουν σημαντικά στοιχεία ή δεδομένα που ίσως μελλοντικά αξιοποιηθούν σε παρόμοιες ερευνητικές μελέτες.

Αρχικά, σχετικά με το προφίλ και τα χαρακτηριστικά των ασυνόδευτων ανηλίκων από την ερευνητική μελέτη παρατηρείται ότι η συντριπτική τους πλειοψηφία είναι αγόρια. Ο μέσος όρος ηλικίας των παιδιών αυτών ξεκινά από τα 12-18 έτη με τα περισσότερα να βρίσκονται σε προεφηβικό ή εφηβικό στάδιο. Μάλιστα, οι φιλοξενούμενοι ασυνόδευτοι ανήλικοι που διαμένουν σε δομές μη κυβερνητικών οργανώσεων και άλλων οργανισμών καλύπτουν κυρίως τις ηλικίες 16-18 ετών. Οι περισσότεροι εξ αυτών προέρχονται από χώρες που βιώνουν πόλεμο, τρομοκρατικές επιθέσεις και φτώχεια. Τα ποσοστά των ανηλίκων από το Αφγανιστάν, το Πακιστάν, την Αφρική και το Ιράκ είναι αρκετά υψηλά ενώ τα ποσοστά ανηλίκων από τη Συρία φαίνεται να είναι περισσότερο μειωμένα. Τα δεδομένα αυτά συμβαδίζουν απόλυτα με τη βιβλιογραφία και με στοιχεία άλλων μελετών που διεξήχθησαν σε αντίστοιχους πληθυσμούς ανηλίκων. Ο Αραπάκος (2016), αναφέρει ότι η πλειονότητα των ασυνόδευτων παιδιών είναι αγόρια και αυτό διότι ο κίνδυνος να γίνουν αποδέκτες βίας ή αναγκαστικής συμμετοχής σε εχθροπραξίες είναι μεγαλύτερος συγκριτικά με

τα κορίτσια. Επιπλέον, θεωρείται ότι τα αγόρια ενδέχεται να επιβιώσουν ευκολότερα σε μια φυγή με αποτέλεσμα να μπορέσουν να στηρίξουν στη συνέχεια οικονομικά τα μέλη της οικογένειάς τους που έχουν μείνει πίσω.

Αντιθέτως τα ασυνόδευτα κορίτσια παρότι είναι λιγότερα δυσκολεύονται αρκετά να προσεγγίσουν τα προγράμματα ψυχικής υγείας για να μιλήσουν για τα τραυματικά τους βιώματα. Οι συμμετέχοντες της μελέτης αφού παραδέχθηκαν ότι έχουν συναντήσει μόνο λίγες περιπτώσεις ασυνόδευτων κοριτσιών, τόνισαν ότι τα αιτήματα αυτών δεν ήρθαν καν από τις ίδιες ή το πλαίσιο φιλοξενίας αλλά από τις μεγαλύτερες αδερφές τους ή φίλες από το χώρο όπου διέμεναν.

Αξιοπρόσεκτο είναι και το γεγονός μη πλήρους αποδοχής του όρου «διαταραχή μετατραυματικού στρες» ή “post-traumatic stress disorder” το οποίο προκαλεί αρκετούς προβληματισμούς. Αν και το μετατραυματικό στρες αποτελεί επίσημα αναγνωρισμένη και αυτόνομη διαταραχή που έχει συμπεριληφθεί στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) ήδη από το 1980, οι συμμετέχοντες της έρευνας διαφωνούν με τη χρήση του προθέματος “post” τουλάχιστον σε ότι αφορά τους ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες ή μετανάστες. Για να γίνει πιο ξεκάθαρο, οι συμμετέχοντες της ερευνητικής μελέτης πιστεύουν ότι τα ασυνόδευτα παιδιά υποβάλλονται σε διαρκείς τραυματικές εμπειρίες που δε σχετίζονται μόνο με το παρελθόν αλλά και με γεγονότα του παρόντος στη χώρα υποδοχής. Σύμφωνα με τον Πουλαράκη (2017), η άφιξη ασυνόδευτων ανηλίκων σε ευρωπαϊκά σύνορα συνεπάγεται την κράτησή τους σε καθεστώς προστατευτικής φύλαξης που επιβαρύνει τη ψυχική τους υγεία και τα ήδη υπαρκτά προβλήματά τους. Ακόμη, οι ανήλικοι εμφανίζουν έντονο «κοινωνικό - πολιτισμικό σοκ» λόγω της αποκοπής από την κοινότητα που ζούσαν, των εθίμων και των συνηθειών τους καθώς το αίσθημα της ταυτότητας του παιδιού διαταράσσεται και θεωρεί πως δεν ανήκει κάπου.

Επιπροσθέτως, αξιόλογο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συννοσηρότητα μέσα από την οποία αναδύονται οι δυσκολίες και η πολυπλοκότητα διάγνωσης της μετατραυματικής διαταραχής στρες σε ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά. Τόσο από τη σχετική βιβλιογραφία όσο και από τις μαρτυρίες των συμμετεχόντων της ερευνητικής μελέτης πηγάζει απόλυτη συμφωνία στην ύπαρξη πιθανής συννοσηρότητας της PTSD με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Οι Hebebrand et al. (2016) επισημαίνουν πως η διαταραχή μετατραυματικού στρες και η κατάθλιψη θεωρούνται ως οι κύριες αιτίες ψυχικής νοσηρότητας σε πρόσφυγες ενήλικες και τα παιδιά τους. Από την πλευρά τους, οι Fazel and Stein (2002) θεωρούν πως σε ανήλικα ασυνόδευτα παιδιά δεν εκδηλώνεται ένα κοινό σύμπτωμα αλλά ένα μείγμα συμπτωμάτων διαφορετικών ψυχικών διαταραχών που δεν καλύπτεται κατά ανάγκη από μία διαγνωστική κατηγορία.

Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται να τονιστεί πως η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα δε συνεπάγεται απαραίτητως και την εγκαθίδρυση μετατραυματικού στρες στη ζωή του ατόμου. Ακόμη και στην περίπτωση που κάποιος εκδηλώνει τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής όπως εφιάλτες, flashbacks, θυμό και επιθετικότητα δε σημαίνει ότι έχει διαγνωστεί με αυτήν. Ειδικότερα για τους ανηλικούς η διάγνωση προβλημάτων ψυχικής υγείας πρέπει να είναι πολύ προσεκτική. Οι Χριστοδούλου και Abou-Saleh (2016), αναγνωρίζουν ότι οποιαδήποτε ενέργεια οφείλει να είναι ολιστική λαμβάνοντας υπόψη της το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό του παιδιού αλλά και την τωρινή του κατάσταση.

Προβάλλει όμως στο σημείο αυτό ένα βαρυσήμαντο στοιχείο που αφορά την προτεινόμενη θεραπεία για ανηλικούς με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει κυρίως τη ψυχοθεραπεία που διενεργείται μέσω ατομικών ή ομαδικών συναντήσεων όπου τα ανήλικα παιδιά έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν και να προσδιορίσουν το πρόβλημά τους. Η Παπαδάτου και Μπελλάλη (2008), κάνουν ξεχωριστό λόγο για τη γνωσιακή-συμπεριφορική μέθοδο ως ένα αξιόλογο είδος θεραπευτικής παρέμβασης στη μετατραυματική διαταραχή στρες. Η γνωσιακή θεραπεία ξεκινά με την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στον επαγγελματία και τον ασυνόδευτο ανήλικο ενώ καθόλη την πορεία αξιολογούνται οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις του εφήβου και εντοπίζονται οι γνωσιακές διαστρεβλώσεις σχετικά με το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην αναφερθούμε και στη φαρμακοθεραπεία ως κομμάτι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της διαταραχής μετατραυματικού στρες σε ασυνόδευτους ανηλικούς. Για τους συμμετέχοντες της ερευνητικής μελέτης η φαρμακοθεραπεία δεν αποτελεί πρώτη επιλογή καθώς επιδρά σε πολύ μικρό βαθμό στην καλύτερευση των συμπτωμάτων των παιδιών και των

εφήβων ενώ χορηγείται κυρίως σε περιπτώσεις που εκδηλώνονται και καταθλιπτικά συμπτώματα. Τα δεδομένα αυτά έρχονται σε πλήρη ταύτιση με τις διαθέσιμες βιβλιογραφικές πηγές. Ο Κάκουρος και Μανιαδάκη (2006), αναφέρουν ότι η αντιμετώπιση της διαταραχής με φάρμακα δεν έχει αποδειχθεί επαρκώς καθώς βοηθούν μόνο στη βελτίωση του ύπνου και στη μείωση του άγχους ενώ θα ήταν αποτελεσματικότερα στην περίπτωση ταυτόχρονης ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Βέβαια, για να επιτευχθεί η θεραπευτική αντιμετώπιση πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το διεπιστημονικό προσωπικό και οι επαγγελματίες που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ασυνόδευτου ανήλικου παιδιού. Από την ερευνητική μελέτη που διεξήχθη διαπιστώνουμε ότι η θεραπεία δεν έχει καλή πρόγνωση όταν τα πρόσωπα φροντίδας δε μπορούν να κατανοήσουν τον ανήλικο, τις ανάγκες και τα βιώματά του. Η αποδοχή και η ενσυναίσθηση του εργαζόμενου προσωπικού σημαίνει ότι οι ίδιοι οι επαγγελματίες αναλαμβάνουν έναν δύσκολο γονεϊκό ρόλο και πρέπει μέσα από αυτόν να οπλιστούν με υπομονή και δύναμη για να αντέξουν και να μη καταρρεύσουν από τυχόν επιθετικές συμπεριφορές των εφήβων.

Τέλος, επιτακτική προβάλλεται η ανάγκη αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους από μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα. Η αξιολόγηση κρίνεται αναγκαία ώστε να μπορέσει να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους. Σε ότι αφορά το πλαίσιο της αξιολόγησης διαπιστώνεται ότι αυτή δεν εφαρμόζεται σε μεγάλο βαθμό αν και αποτελεί κύρια επιθυμία των εργαζομένων. Ακόμα και όταν αυτή πραγματοποιείται εστιάζει κυρίως σε αριθμητικά στοιχεία που αφορούν τη βιωσιμότητα των φορέων και των προγραμμάτων τους και όχι την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από το διεπιστημονικό προσωπικό απέναντι στην πληθυσμιακή ομάδα των ασυνόδευτων παιδιών.

Για να μπορέσουμε με σιγουριά να πούμε αν μια υπηρεσία είναι αποτελεσματική θα πρέπει να παρατηρήσουμε τον τρόπο οργάνωσης, τον τρόπο εργασίας και αξιολόγησης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Φυσικά, υπάρχουν και εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι δείχνουν να επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αφού είναι συχνά οικονομικοί και συνδέονται άρρηκτα με τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων. Με βάση τη θέση αυτή συμπεραίνεται ότι οι

χρηματοδοτήσεις των προγραμμάτων ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους δε διακρίνονται από σταθερότητα και συνέχεια ενώ μάλιστα χαρακτηρίζονται αποσπασματικές. Το αποσπασματικό στοιχείο φαίνεται να μη βοηθά καθόλου τη θεραπευτική σχέση επαγγελματία και ωφελούμενου η οποία οφείλει να βασίζεται στο χτίσιμο της εμπιστοσύνης και την ειλικρίνεια σε μακροπρόθεσμο επίπεδο. Ιδιαίτερα για τα ανήλικα παιδιά μία ξαφνική διακοπή χρηματοδότησης προγράμματος μπορεί να έχει φρικτό αντίκτυπο στη ψυχοσύνθεσή τους καθώς θα μπουν στη διαδικασία να βιώσουν μία ακόμη απογοήτευση και ματαίωση. Έτσι, η πρώτη θεραπεία που είναι εξαιρετικής σημασίας ακυρώνεται και η πλειοψηφία των ανηλίκων εκδηλώνει τέτοια παλινδρόμηση που ουσιαστικά χάνει ότι είχε κατακτήσει έως σήμερα.

5.2 Προτάσεις για μελλοντικές ερευνητικές μελέτες

Με βάση όσα αναφέρθηκαν στην παρούσα ερευνητική μελέτη, κατανοεί κανείς ότι η ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων είναι ακόμη ένα υπό έρευνα φαινόμενο το οποίο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση. Ωστόσο, η ερευνητική προσπάθεια αναδεικνύει όλα εκείνα τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία χρειαζόμαστε για να κατανοήσουμε ολιστικά το φαινόμενο και τις κύριες πτυχές του. Η συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη επιβεβαιώνει την πλειοψηφία των ερευνητικών της ερωτημάτων τα οποία με τη σειρά τους συνάδουν σε μεγάλο βαθμό με τις διαθέσιμες βιβλιογραφικές πηγές ή άλλες έρευνες. Με αυτό τον τρόπο, αναδεικνύει νέα δεδομένα, παρουσιάζει εγκυρότητα και εστιάζει τόσο στις απόψεις του διεπιστημονικού προσωπικού για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας για ασυνόδευτους ανηλίκους όσο και στην αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

Χάρη σε αυτό θα μπορούσαν να καταγραφούν ορισμένες προτάσεις για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνητικών μελετών. Παρότι τα προγράμματα για τη ψυχική υγεία ασυνόδευτων ανηλίκων είναι ελάχιστα και στην ερευνητική μελέτη συμμετείχαν κάποιοι από τους μεγαλύτερους φορείς, σε μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να λάβουν μέρος περισσότεροι οργανισμοί και μεγαλύτερος αριθμός εργαζομένων. Ανάλογες προσπάθειες θα μπορούσαν να δώσουν τη δυνατότητα στους θεραπευτές να εκφράσουν τις εμπειρίες και τις απόψεις τους και για άλλες ψυχικές διαταραχές σε πληθυσμούς προσφύγων και μεταναστών.

Αξιοσημείωτη θα ήταν και η διεξαγωγή παρόμοιας μελέτης για την εκδήλωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες από διαφορετικές οπτικές γωνίες. Πιο συγκεκριμένα, θα ήταν εφικτό να εξεταστεί η σχέση της μετατραυματικής διαταραχής με την κατάθλιψη σε ασυνόδετους εφήβους και νέους και να μελετηθούν τα κλινικά συμπτώματα, οι τρόποι αντιμετώπισης και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στην περίπτωση αυτή, στη μελέτη θα μπορούσαν να συμμετέχουν ανήλικοι ή ενήλικες νεαροί πρόσφυγες και μετανάστες ηλικίας 17-20 ετών που θα μοιραστούν τη δική τους εμπειρία εστιάζοντας στην καθημερινότητά τους και στις δυσκολίες που προκύπτουν.

Κλείνοντας, εξαιρετικό ενδιαφέρον θα παρουσίαζε και η διενέργεια μελλοντικής ερευνητικής μελέτης για την εκδήλωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες σε μετα-μεταναστευτικό επίπεδο. Μέσα από αυτήν τη μελέτη θα αναδυθούν οι λόγοι και οι παράγοντες που εντείνουν τα συμπτώματα άγχους στους ανηλίκους ενώ ιδιαίτερη έμφαση θα μπορούσε να δοθεί στη διαδικασία των συνεντεύξεων και χορήγησης ασύλου από τις αρμόδιες Υπηρεσίες Ασύλου στην Ελλάδα όπου οι ασυνόδετοι ανήλικοι είναι υποχρεωμένοι κάτω από αντίξοες συνθήκες να εξιστορήσουν για ακόμη μία φορά τα τραυματικά τους γεγονότα και βιώματα. Οι υπεύθυνοι χειριστές των υποθέσεων των ανηλίκων αλλά και τα ίδια τα παιδιά θα μπορούσαν να αποτελέσουν τους πιο κατάλληλους συμμετέχοντες και να μεταφέρουν την εμπειρία τους, τα παράπονά τους αλλά και τις προτάσεις τους για την καλύτερη διαχείριση των νομικών τους ζητημάτων από το ελληνικό κράτος.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington: American Psychiatric Association.
2. Αντωνίου, Α., Σ., (2007) *Αποτελεσματική διαχείριση εργασιακού στρες*, Επιμέλεια: Α.Σ. Αντωνίου και C. L. Cooper, Αθήνα: Κλειδάριθμος.
3. Αραπάκος, Λ. (2016) «Η ψυχική υγεία των ασυνόδευτων παιδιών», Πάτρα: Σ.Ο.Ψ.Υ στο <http://sopsipatron.gr/unaccompanied-minors/#> [πρόσβαση στις 10 Αυγούστου 2019].
4. Άρσις Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων (χ.χ) στο <https://arsis.gr> [πρόσβαση στις 16 Οκτωβρίου 2019]
5. Βαβέλ Ψυχική Υγεία Μεταναστών (χ.χ) στο <https://babeldc.gr/mental-health-care/childrens/> [πρόσβαση στις 2 Οκτωβρίου 2019]
6. Γιατροί του Κόσμου (2017) στο <https://mdmgreece.gr> [πρόσβαση στις 2 Οκτωβρίου 2019]
7. Γιατροί Χωρίς Σύνορα (2016) *Ενημερωτικό σημείωμα για την κατάσταση των ασυνόδευτων παιδιών στην Ελλάδα* στο <https://msf.gr/publications/enimerotiko-simeioma-gia-tin-katastasi-ton-asynodeyton-paidion-stin-ellada> [πρόσβαση στις 10 Αυγούστου 2019].
8. Christodoulou, G. and Abou-Saleh, M. (2016) “Greece and the refugee crisis: mental health context”, *BJPsych International*, 13, (4), σελ.: 89-91.
9. Cohen, L., Lawrence, M. και Morrison K. (2008) *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, μετάφραση: Κυρανάκης, Σ., Μαυράκη, Μ., Μητσοπούλου, Χ., Μπιθαρά, Π. και Φιλοπούλου, Μ., Αθήνα: Μεταίχμιο, σελ: 449.
10. Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2009) *Γλωσσάριο για την μετανάστευση*, 20, Αθήνα: Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, στο http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_20.pdf [πρόσβαση στις 10 Αυγούστου 2019].
11. Διεθνής Σύμβαση Για Τα Δικαιώματα του Παιδιού (1989), στο <http://www.0-18.gr/gia-megaloyds/dsdp> [πρόσβαση στις 10 Αυγούστου, 2019].
12. Fazel, M. and Stein, A. (2002) “The mental health of refugee children”, *Archives of Disease in Childhood*, 87, (5), σελ.: 366-370.

13. Ζήση, Α. και Στυλιανίδης, Σ. (2004) «Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές», Εγκέφαλος, 41, (1), σελ.: 27-32.
14. Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Milovancevic M., Klasen H. (2016) “A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know”, European Child and Adolescent Psychiatry, 25, (1), σελ.: 1-6.
15. Howard, K. και Sharp, J. (2001) *Η επιστημονική μελέτη: Οδηγός σχεδιασμού και διαχείρισης πανεπιστημιακών ερευνητικών εργασιών*, μετάφραση: Νταλάκου, Β., Αθήνα: Gutenberg.
16. Ίδρυμα Μποδοσάκη (2015) Giving for Greece: *Θεματικό Πρόγραμμα για τα ασυνόδευτα παιδιά/πρόσφυγες* στο http://medin.gr/files/UAM_FUND_Website%20GR_28Jan2016.pdf [πρόσβαση στις 25 Αυγούστου 2019].
17. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2015) «Πρωτόκολλο διερεύνησης, διάγνωσης και διαχείρισης κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών» στο http://www.0-18.gr/downloads/protokollo-eyretirio-kakopoiisis/Protocol_ICH_06.2015.pdf [πρόσβαση στις 7 Σεπτεμβρίου 2019].
18. Ίσαρη, Φ. και Πουρκός, Μ. (2015) *Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας*, Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
19. Ιωσηφίδης, Θ. (2008) *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα: Κριτική.
20. Κάκουρος, Ε. και Μανιαδάκη, Κ. (2006) *Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*, Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός.
21. Κουνιάκης, Φ. (2017) «Η αντανάκλαση των συνθηκών διαβίωσης στη χώρα υποδοχής στην ψυχική υγεία των προσφύγων», *Ψυχική υγεία των προσφύγων στη μέγγενη της συμφωνίας ΕΕ-Τουρκίας και της Ευρώπης-Φρούριο*, Συντονισμός για το Προσφυγικό-Μεταναστευτικό: Σωματείο Φοιτητικών Συλλόγων και Συλλογικοτήτων, Αθήνα, 25 Ιουνίου 2017, σελ.: 45-50.
22. Κωστοπούλου, Δ. (2017) «Η εμπειρία του Κέντρου Παιδοψυχικής Υγιεινής ΠΕΔΥ με τα παιδιά, τους εφήβους και τις οικογένειες προσφύγων», *Ψυχική υγεία των προσφύγων στη μέγγενη της συμφωνίας ΕΕ-Τουρκίας και της Ευρώπης-Φρούριο*, Συντονισμός για το Προσφυγικό-Μεταναστευτικό: Σωματείο Φοιτητικών Συλλόγων και Συλλογικοτήτων, Αθήνα, 25 Ιουνίου 2017, σελ.: 9-16.

23. Μάγος, Κ. (2005) «Συνέντευξη ή παρατήρηση; Η έρευνα στη σχολική τάξη», Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων, (10), σελ.: 5-19.
24. Μαντζούκας, Σ. (2007) «Ποιοτική Έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση», Νοσηλευτική, 46, (1), σελ.: 88-98.
25. Μαστρογιάννη, Α. (2013) *Μετανάστευση και ψυχική υγεία: Μελέτη των ψυχικών διαταραχών και των αναγκών μεταναστών που απευθύνονται στις υπηρεσίες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης*, αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
26. Μεγαλοοικονόμου, Θ. (2017) «Η ανάγκη για μια διαπολιτισμική προσέγγιση στην ψυχική οδύνη του πρόσφυγα», *Ψυχική υγεία των προσφύγων στη μέγγενη της συμφωνίας ΕΕ-Τουρκίας και της Ευρώπης-Φρούριο*, Συντονισμός για το Προσφυγικό-Μεταναστευτικό: Σωματείο Φοιτητικών Συλλόγων και Συλλογικοτήτων, Αθήνα, 25 Ιουνίου 2017, σελ.: 51-65.
27. Mougne, C. (2010) *Trees only move in the wind: a study of unaccompanied Afghan children in Europe*, Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees Policy Development and Evaluation Service.
28. Μπούρας, Γ. και Λαζαράτου, Ε. (2012) «Η ανάδυση του τραύματος της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην ψυχική συμπτωματολογία των ενηλίκων», Ψυχιατρική, 23, σελ.: 39-46.
29. Νικολακοπούλου-Στεφάνου, Η. (2007) *Ασυνόδευτα ανήλικα: Υποδοχή, ένταξη και προστασία από την εμπορία και εκμετάλλευση*, Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα.
30. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. και Χριστοδούλου, Γ. (2001) «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση», Αρχαία Ελληνικής Εταιρείας, 18, (3), σελ.: 239-253.
31. Παπαγεωργίου, Ν. και Τσιρώνης, Ν. (2013) «Φύλο, Μετανάστευση και οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Η τρέχουσα συζήτηση», Culture and Research, (2), σελ.: 101-120, στο <http://ejournals.lib.auth.gr/culres/article/view/3943/3995> [πρόσβαση στις 2 Οκτωβρίου 2019].
32. Παπαδάτου, Δ. και Μπελλάλη, Θ. (2008) *Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

33. Παρασκευοπούλου-Κόλλια, Ε. (2008) «Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις», Ανοιχτή Εκπαίδευση, 4, (1).
34. Πετρίκης, Π. (2005) «Μετατραυματική διαταραχή στρες: Νοσολογική οντότητα & πολιτισμικό κατασκεύασμα», Σύναψις, (2), σελ.: 6-13.
35. Πουλαράκης, Σ. (2017) «Για την ψυχική υγεία των ασυνόδευτων παιδιών», *Η εφημερίδα των συντακτών*, 11 Οκτωβρίου, στο <http://www.efsyn.gr/arthro/gia-tin-psyhiki-ygeia-ton-asynodeyton-paidion> [πρόσβαση στις 2 Οκτωβρίου 2019].
36. Πουλόπουλος, Χ. και Τσιμποκλή, Α. (1995) «Ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη (focus group interview). Ένα νέο μεθοδολογικό εργαλείο έρευνας στον τομέα των κοινωνικών επιστημών», Κοινωνική Εργασία, 39, σελ.: 158-163.
37. Robson, C. (2010). *«Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές»*, Αθήνα: Gutenberg.
38. Save The Children, UNHCR, Unicef (2010) *Διακήρυξη Καλών Πρακτικών – Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα για τα Ασυνόδευτα Παιδιά*, Αθήνα: Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες στο <http://scep.sitespirit.nl/images/18/205.pdf> [πρόσβαση στις 29 Αυγούστου 2019].
39. Σικελιανού, Δ. (2010) *Κλινική Ψυχοπαθολογία Ενηλίκων*, Αθήνα: Διόνικος.
40. Σπυροπούλου, Α. Μ. (2016) *Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι ως πρόσφυγες και μετανάστες*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
41. Σταθόπουλος, Π. Α. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια: Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις*, Αθήνα: Παπαζήση.
42. Σύλλογος Μεριμένης Ανηλίκων και Νέων (2017) στο <https://www.sman-athens.org/about/> [πρόσβαση στις 19 Οκτωβρίου 2019]
43. Τσιώλης, Γ. (2013) «Η σχέση ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης στην κοινωνική έρευνα: από τη θέση περί 'ριζικής ασυμβατότητας' στο συνδυασμό ή τη συμπληρωματικότητα των προσεγγίσεων», στο Πουρκός, Μ. (επιμ.) Δυνατότητες και όρια της μείξης των μεθοδολογιών στην κοινωνική, ψυχολογική και εκπαιδευτική έρευνα: Επιστημολογικά και μεθοδολογικά ζητήματα των προοπτικών διεύρυνσης του ερευνητικού σχεδιασμού, Αθήνα: Ίων, σελ.: 271-292.

44. Τσουκαλά, Δ. και Τσουμάκας, Κ. (2013) «Μετατραυματική Διαταραχή στρες στην παιδική και εφηβική ηλικία. Η ανάγκη της πρόληψης», Νοσηλευτική, 52 (2), σελ.: 171-179.
45. UNHCR και Συνήγορος του Πολίτη (2005) *Κατευθυντήριες οδηγίες για τα ασυνόδευτα παιδιά που ζητούν άσυλο*, Αθήνα: UNHCR και Συνήγορος του Πολίτη στο https://www.synigoros.gr/resources/odigies_prosfigon.pdf [πρόσβαση στις 16 Σεπτεμβρίου 2019].
46. Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής (2018) *Εθνική στρατηγική για την ένταξη*, Αθήνα: Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής και Διεύθυνση Κοινωνικής Ένταξης Υπουργείου.
47. World Health Organization (2018) *Έκθεση για την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Π.Ο.Υ.: Δεν υφίσταται δημόσια υγεία χωρίς την προστασία*, Αθήνα: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη.
48. Χατζηπουλίδης Ν. και Χατζηπουλίδης, Γ. (2009) «Η ψυχική υγεία των μεταναστών στην πορεία της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία», Επιθεώρηση Υγείας, 20, (120), σελ.: 1-12.
49. Χλέτσος, Μ. (1996) «Μετανάστευση, αγορά εργασίας και ρατσισμός: μια εναλλακτική προσέγγιση», Ουτοπία, (21), σελ.: 63-73, στο <http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:1345&lang=el> [πρόσβαση στις 21 Αυγούστου 2019].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

I. ΠΛΑΝΟ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ & ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

«Ψυχική υγεία και Ασυνόδετοι Ανήλικοι: Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Μία Ποιοτική Μελέτη για την Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας σε Ασυνόδετα Παιδιά».

Πλαίσιο Κωδικού Συνέντευξης:

Α' ΜΕΡΟΣ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Εισαγωγή – Ενημέρωση για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας – Διασφάλιση απορρήτου της διαδικασίας

1. Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

2. Ηλικία:

23-30 ετών

30-40 ετών

40-50 ετών

50 ετών και άνω

3. Βασικό πτυχίο σπουδών:

Ψυχίατρος

Παιδοψυχίατρος

Ψυχολόγος

Ανθρωπολόγος / Κοινωνικός Ανθρωπολόγος

Κοινωνικός / ή Λειτουργός

Κοινωνιολόγος

Ιατρός

Άλλο:.....

4. Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού τίτλου:

Μεταπτυχιακός τίτλος

Διδακτορικός τίτλος

Τίτλος διπλώματος:.....

5. Τρέχουσα επαγγελματική ιδιότητα στο χώρο εργασίας:

.....

6. Έτη εργασιακής εμπειρίας με ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες και μετανάστες:

1-3 έτη

3-5 έτη

5-10 έτη

10 έτη και άνω

7. Έτη εργασιακής εμπειρίας σε προγράμματα ψυχικής υγείας για πρόσφυγες / μετανάστες / ασυνόδευτα παιδιά:

1-3 έτη

3-5 έτη

5 έτη και άνω

Β' ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

8. Θα μπορούσατε συνοπτικά να μου αναφέρετε για τη λειτουργία και τις βασικές υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα στο οποίο εργάζεστε;

9. Ειδικότερα, μπορείτε να αναλύσετε το δικό σας ρόλο και ευθύνες στο εργασιακό πλαίσιο;

10. Πόσα άτομα απασχολούνται στο πρόγραμμα και ποιες οι ειδικότητες που απαρτίζουν τη διεπιστημονική ομάδα;

11. Ποια η πηγή χρηματοδότησης του συγκεκριμένου προγράμματος;

12. Με ποιον τρόπο αξιολογείται η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο συγκεκριμένο πρόγραμμα και ποιος κάνει την αξιολόγηση;

13. Δίνεται η δυνατότητα στους ωφελούμενους του προγράμματος (στην περίπτωση αυτή στους ασυνόδευτους ανηλίκους) να αξιολογούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες;

**Γ' ΜΕΡΟΣ – ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ: Η
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

14. Ποια είναι τα βασικά χαρακτηριστικά των ασυνόδευτων ανηλίκων που σας επισκέπτονται; Μπορείτε να αναφερθείτε σε στοιχεία για το «προφίλ» (φύλο, ηλικία, καταγωγή) και τις ανάγκες τους;
15. Πόσο συχνή θεωρείτε την ύπαρξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες στα ασυνόδευτα ανήλικα παιδιά; Μπορείτε να μοιραστείτε στατιστικά στοιχεία ή και μελέτες αν είναι εφικτό;
16. Με ποιους τρόπους, εργαλεία ή μεθόδους επιτυγχάνεται η διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής σε έναν ασυνόδευτο ανήλικο;
17. Ποια τα συνήθη συμπτώματα που εκδηλώνουν εξαιτίας της μετατραυματικής διαταραχής;
18. Ποια η προτεινόμενη θεραπεία για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες; Πόσο δύσκολη είναι η αντιμετώπιση αυτή στην περίπτωση συννοσηρότητας;
19. Αρκετές είναι οι φορές που πολλές μη κυβερνητικές οργανώσεις και φορείς ξεκινούν να υλοποιούν προγράμματα που στη συνέχεια διακόπτονται ξαφνικά κυρίως εξαιτίας προβλημάτων στη ροή χρηματοδότησης λειτουργίας τους. Τι αντίκτυπο πιστεύετε πως έχει μία ενδεχόμενη διακοπή παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ήδη επιβαρυσμένη ψυχολογία των ασυνόδευτων ανηλίκων;
20. Τέλος, η διεπιστημονική ομάδα πως βιώνει μία τέτοια συνθήκη; Ποιες οι δυσκολίες που καλείται να συναντήσει στο ρόλο του γενικότερα ο επαγγελματίας;
21. Κλείνοντας τη συνέντευξή μας, υπάρχει κάτι που θα θέλατε να προσθέσετε ή κάτι στο οποίο δε σταθήκαμε σήμερα;

Κλείσιμο Συνέντευξης – Ανατροφοδότηση για τον ερευνητή – Ευχαριστίες.

II. ΣΥΜΒΟΛΑ ΑΠΟΜΑΓΝΗΤΟΦΩΝΗΣΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

E: ερευνητής

Σ: συμμετέχων

. , ? ! : χαρακτηρίζουν το ύψος και την ένταση της φωνής

() : επεξήγηση

(λέξη) : λέξη που βρίσκεται μέσα σε παρένθεση δηλώνει σύντομο τμήμα που δεν έγινε κατανοητό ως προς την ακρίβεια κατά την απομαγνητοφώνηση

- : ξαφνική διακοπή μιας φράσης

ΙΙΙ. ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**Π.Μ.Σ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ, ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ & ΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ**

*ΘΕΜΑ: ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΙΑ ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΜΕΛΩΝ
ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΑΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ*

Αγαπητοί/ες συνεργάτες,

με το παρόν έγγραφο θα σας παρακαλούσα να υποστηρίξετε την προσπάθειά μου για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας και να εξετάσετε το αίτημα μου για τη διενέργεια μικρών συνεντεύξεων σε μέλη του διεπιστημονικού προσωπικού σας.

Με σκοπό την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με θεματολογία «Πολιτικές για τη Μετανάστευση, τις Κοινωνικές Διακρίσεις και την Ιδιότητα του Πολίτη» θα ήθελα να εξετάσετε το ενδεχόμενο να διενεργήσω μικρές συνεντεύξεις με κάποια από τα μέλη του προσωπικού σας (ιατρό, παιδοψυχίατρο, ψυχολόγο, ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό). Οι συνεντεύξεις θα ληφθούν στα πλαίσια υλοποίησης της ποιοτικής ερευνητικής μελέτης με τίτλο «Ψυχική Υγεία και Ασυνόδευτοι Ανήλικοι: Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες. Μία ποιοτική έρευνα για την αποτελεσματικότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε ασυνόδευτους ανηλίκους». Το θέμα της διπλωματικής εργασίας θα προσεγγιστεί τόσο με

βιβλιογραφικές πηγές όσο και ερευνητικά μέσω της διεξαγωγής μελέτης στην οποία θα συμμετέχουν έμπειροι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη ψυχική υγεία ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων και μεταναστών. Οι συμμετέχοντες θα καταθέσουν τις εμπειρίες και τις προσωπικές τους απόψεις γύρω από την εκδήλωση της διαταραχής με απόλυτη ελευθερία και εχεμύθεια.

Αναλυτικότερα, η κάθε συνέντευξη εκτιμάται ότι θα διαρκέσει από 30 έως 45 λεπτά της ώρας και μπορεί να γίνει με οποιονδήποτε τρόπο επιθυμεί ο συμμετέχοντας (είτε με φυσική παρουσία είτε τηλεφωνικά). Η συμμετοχή στην έρευνα διασφαλίζει τόσο το απόρρητο των στοιχείων του εργαζομένου όσο και του ίδιου του φορέα ενώ θα καταγραφούν και θα παρουσιαστούν μόνο δημογραφικά στοιχεία.

Σας παρακαλώ όπως με ενημερώσετε το συντομότερο για την εξέταση του αιτήματός μου ενώ βρίσκομαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση μέσω του τηλεφώνου στο _____ ή μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο _____. Θα χαρώ πολύ να βοηθήσετε σε αυτή μου την προσπάθεια και ευελπιστώ να σας γνωρίσω σύντομα από κοντά.

Με εκτίμηση,

Ντουχανιάρης Απόστολος

Κοινωνικός Λειτουργός