



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ
ΑΤΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΘΗΒΩΝ-ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΑΛΕΞΙΟΥ ΕΛΕΝΗ ΑΜ 8853

ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ ΑΜ 9038

ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗ ΛΕΥΚΟΘΕΑ ΑΜ 9056

ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΟΥΜΠΙΑΣΗ ΕΥΑΝΘΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....σελ.1
Abstract.....σελ.3
Ευχαριστίες.....σελ.5
Εισαγωγή.....σελ.6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Ορισμοί-Νομοθεσίες.....σελ.7

Κεφάλαιο 2 : Ιστορική αναδρομή Μετανάστευσης και Προσφυγικού.....σελ.11
--

2.1. Μεταναστευτικά ρεύματα στον Ελλαδικό χώρο κατά την αρχαιότητα.....σελ.11
--

2.2. Μεταναστευτικά ρεύματα: 17^{ος}-20^{ος} αιώνας.....σελ.12

2.3. Μεταναστευτικά ρεύματα: 21^{ος} αιώνας.....σελ.13

2.4. Προσφυγικά ρεύματα: 19^{ος}-20^{ος} αιώνας.....σελ. 15
--

2.5. Προσφυγικά ρεύματα: 21^{ος} αιώνας.....σελ.17

2.6. Μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα: Σήμερα.....σελ.18

Κεφάλαιο 3: Μετανάστευση και Ψυχική Υγεία.....σελ.20

3.1. Γενικά.....σελ.20

3.2. Ψυχολογικό τραύμα.....σελ.22
--

3.2.1. Αρνητικές επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος.....σελ.24

3.2.2. Θετικές επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος.....σελ.25

3.2.3. Ουδέτερες επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος.....σελ.26

3.3. Το Περιπλεγμένο Τραύμα.....σελ.26

3.4. Ο πολιτισμός και η σημασία του στη βίωση του μετατραυματικού στρες των μεταναστών.....σελ.27	
Κεφάλαιο 4: Μετατραυματική Διαταραχή Στρες (PTSD).....σελ.29	
4.1. Ιστορική αναδρομή του τραύματος.....σελ.29	
4.2. Ορισμός του άγχους.....σελ.30	
4.3. Ορισμός της διαταραχής μετατραυματικού στρες.....σελ.30	
4.4. Επιδημιολογία.....σελ.31	
4.5. Αιτιολογία της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες.....σελ.31	
4.5.1. Παράγοντες που σχετίζονται με τη φύση του τραύματος.....σελ.31	
4.5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες.....σελ.32	
4.5.3. Βιολογικοί παράγοντες.....σελ.33	
4.6. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5.....σελ.34	
4.7. Προδιαθεσιακοί παράγοντες.....σελ.38	
4.8. Συννόσηση.....σελ.38	
4.9. Θεραπεία.....σελ.39	
4.9.1. Ψυχολογική θεραπεία.....σελ.39	
4.9.2. Φαρμακευτική θεραπεία.....σελ.40	
4.10. Στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον.....σελ.42	
4.11. Ο ρόλος του νοσηλευτή.....σελ.42	
Κεφάλαιο 5: Ψυχική Ανθεκτικότητα.....σελ.44	
5.1. Ο ορισμός της Ανθεκτικότητας.....σελ.44	
5.2. Παράγοντες Ανθεκτικότητας.....σελ.46	
5.3. Η κατάσταση της Μετατραυματικής Ανάπτυξης.....σελ.51	
Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Διεργασία.....σελ.54	

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ: ΜΕΛΕΤΗ

Κεφάλαιο 1: Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα.....	σελ.59
Κεφάλαιο 2: Χρησιμότητα και συμβολή της έρευνας.....	σελ.60
Κεφάλαιο 3: Μέθοδος.....	σελ.61
Κεφάλαιο 4 : Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	σελ.63
Κεφάλαιο 5: Ερευνητικά πορίσματα.....	σελ.64
5.1. Δημογραφικά στοιχεία.....	σελ.64
5.2. Στατιστική ανάλυση.....	σελ.66
Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα.....	σελ.78
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....	σελ.81
Βιβλιογραφία.....	σελ.83
Παράρτημα.....	σελ.88

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως επίκεντρο την εύρεση, μελέτη και σύγκριση ψυχικών διαταραχών που εμφανίζουν οι πρόσφυγες καθώς και οι οικομονικοί μετανάστες στο Νομό Αττικής και στην πόλη της Θήβας. Πιο συγκεκριμένα, η συγκριτική αυτή έρευνα αναφέρεται στην ύπαρξη PTSD (Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες) σε αυτό το κομμάτι του πληθυσμού, ύστερα απ την έκθεσή τους σε μια στρεσογόνα εμπειρία, όπως την εγκατάλειψη της χώρας προέλευσης. Αυτή η εμπειρία τους έχει οδηγήσει σε άγχος, αναδρομές, υπερδιέργεση, κατάθλιψη και αυτοκτονικό ιδεασμό για μια εκτεταμένη χρονική περίοδο.

Αρχικά, αυτή η έρευνα ανασκοπεί τα πρώτα μεταναστευτικά φύλα της αρχαιότητας ως τις πληθυσμιακές μετακινήσεις της σημερινής εποχής. Στη συνέχεια, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον επιστημονικά διατυπωμένο όρο PTSD ως προς την αιτιολογία, τους παράγοντες και τη θεραπεία. Επιπλέον, επισημαίνει τις έννοιες της ψυχικής ανθεκτικότητας και της νοσηλευτικής διεργασίας σε άτομα που εντοπίζονται με συμπτώματα PTSD.

Για την διεξαγωγή της έρευνας, μοιράστηκαν 100 ερωτηματολόγια σε πρόσφυγες και οικονομικούς μετανάστες με αναλογία 1 προς 1, τα οποία μεταφραστήκαν σε ελληνικά, αγγλικά και φαρσί. Η έρευνα διεξήχθη στις δομές φιλοξενίας της Θήβας, Σχιστού, Ελαιώνα, στο Κυριακάτικο Σχολείο Μεταναστών, την Αλληλέγγυα Δομή για γυναίκες μετανάστριες 'Μέλισσα' και την Πακιστανική και Αφγανική κοινότητα. Ως ερευνητικό εργαλείο επιλέχθηκε το πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο κλίμακας Likert, PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-V) καθώς για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο αναλύσεων κοινωνικών επιστημών IBM SPSS 19. Για τα ιστογράμματα χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Excel. Το δείγμα της έρευνας κατατάχθηκε βάση καθορισμένων κριτηρίων για να διευκολύνει τα αποτελέσματα της συγκριτικής μελέτης.

Διαπιστώθηκε πως πρόσφυγες και οικονομικοί μετανάστες παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD, ωστόσο οι πρώτοι χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής και ψυχιατρικής παρακολούθησης και ο λόγος αποδίδεται κυρίως στο έντονο τραύμα της διαδικασίας του πολέμου που υπέστησαν. Εν κατακλείδι, η πτυχιακή αυτή εργασία έχοντας ως πυρήνα την μελέτη της ψυχικής αποδόμησης των ανθρώπων που μεταναστεύουν, μας δίδαξε πως όλοι

είμαστε άνθρωποι με ανάγκες, χτίζοντας ένα αξιοπρεπές σήμερα,
αποβλέποντας ένα καλύτερο αύριο.

Λέξεις- κλειδιά: PTSD, ψυχική ανθεκτικότητα, νοσηλευτική διεργασία,
πρόσφυγες, οικονομικοί μετανάστες, τραύμα, στρεσογόνος εμπειρία

ABSTRACT

This dissertation focuses on finding, studying and comparing the mental disorders posed by refugees and economic immigrants in the region of Attica and the city of Thiva of 2018. To be more specific, this comparative survey is about the existence of PTSD (Post- traumatic stress disorder) in this part of population , after their exposure to a stressful experience, such as the abandonment of their origin country. This experience has led them to anxiety, retrospections, hyper stimulation, depression and suicidal ideas for an extended period of time.

At first, this research reviews the first migratory races of Antiquity until migratory movements of the present. Then, it emphasizes on the scientifically formulated term of PTSD , when it comes to the cause, the factors and the treatment. Furthermore, it emphasizes on the terms of mental resilience , as well as of nursing process on people with PTSD symptoms .

In order to conduct the survey, 100 questionnaires translated in Greek, English and Farji, were distributed to refugees and economic immigrants in a ratio of 1 to 1. The survey took place in the refugee centers of Thiva, Schisto, Eleonas, the solidarity movements “ Sunday School for Immigrants” and “Melissa” for women migrants, and the Afghan and Pakistani communities. Our survey tool was the Certified Questionnaire of the Likert scale PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-V). The data analysis happened via the IBM SPSS 19 program, the Statistical Package for Social Sciences, and it was visualized via Microsoft Excel. The sample of the survey was categorized upon certain criteria , in order to facilitate the data analysis.

The results of this survey indicated that both refugees and economic immigrants present PTSD symptoms, but the refugees require more attention and psychiatric monitoring, and the reason is mainly attributed to the intense traumatic experience of the war.

In conclusion, this graduate thesis focused on the study of the mental degradation of people who migrate, has taught us that we are all people with needs, building a decent present while aiming for a better tomorrow.

Keywords: PTSD, mental resilience, nursing process, refugees, economic immigrants, stressful experience

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε από τις φοιτήτριες Αλεξίου Ελένη, Αποστολοπούλου Φωτεινή και Αρβανιτάκη Λευκοθέα του τμήματος Νοσηλευτικής του ΑΤΕΙ Δυτικής Ελλάδος κατα το ακαδημαϊκό έτος 2018, υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας και κλινικής ψυχιάτρου Ευανθίας Σούμπαση.

Θα θέλαμε λοιπόν να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες για την επικουρική προσφορά της επιβλέπουσας καθηγήτριάς μας και εκτιμούμε ιδιαίτερα τον χρόνο που αφιέρωσε. Επιπλέον, ευχαριστούμε τον καθηγητή του τμήματός μας κο Κιέκκα Παν. που έδειξε ενδιαφέρον για την διεκπεραίωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε σε όλα τα άτομα που εργάζονται στις δομές φιλοξενίας που συνεργαστήκαμε, καθώς και στους υπεύθυνους αυτών που μας έδειξαν εμπιστοσύνη, γεγονός που έπαιξε πρωταγωνιστικό ρόλο στην προσέγγιση των προσφύγων και μεταναστών που ήταν αντικείμενο της έρευνας μας. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε την Μαντώ Μπ. και τον Τζαβέντ Ασλάμ. Ευχαριστούμε καθέναν ξεχωριστά όσον αφορά τις μεταφράσεις των ερωτηματολογίων, αλλά και την πολύτιμη βοήθεια από τον Άρη Μετ. και από άλλους στην εύρεση ατόμων που μετανάστευσαν είτε κατέφυγαν στην προσφυγιά για ξεχωριστούς λόγους. Οφείλουμε λοιπόν, να δείξουμε σεβασμό σε όλους τους μετανάστες και πρόσφυγες που παρόλες τις δικές τους ανησυχίες ανταποκρίθηκαν πολύ θετικά στην ερευνητική μας εργασία.

Αισθανόμαστε την ανάγκη να επισημάνουμε την απέραντη ευγνωμοσύνη στους γονείς μας, που μας υποστήριζαν καθόλη την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, που μας έδωσε την ευκαιρία να διερευνήσουμε ένα θέμα με ιδιαίτερη σημασία στην εποχή μας, που αφορά τις περισσότερες κοινωνίες του 21ου αιώνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία μέσα στα χρόνια έχει αναδείξει την αναγκαιότητα των πληθυσμών να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους και να αναζητήσουν ένα καλύτερο και πιο ασφαλές μέλλον. Επίσης, η οικονομική κρίση που φτάνει στα όρια της εξαθλίωσης καθώς και η συστηματική και εκτεταμένη καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ωθούν τους ανθρώπους στον μετοικισμό.

Περισσότεροι από 1.650.000 πρόσφυγες και μετανάστες έφτασαν στην Ελλάδα το διάστημα από τις αρχές του 2015 ως το Μάρτη του 2018. Σήμερα ζουν 60.000 στην χώρα, σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (ΔΟΜ), γεγονός που γεννά σκέψη, προβληματισμό, αλλά και έναυσμα μελέτης ως προς αυτό το κομμάτι πληθυσμού.

Σε αυτήν την ερευνητική εργασία εξετάζονται συγκριτικά οι μορφές “ξεριζωμού” της μετανάστευσης και της προσφυγιάς ως προς την ψυχική κατάσταση των ανθρώπων που βρίσκονται στην Ελλάδα. Πρόκειται για δύο φαινόμενα που εκατοντάδες λαοί έχουν βιώσει με έντονο τρόπο, καθώς οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών αποτελούν στάση στην ιστορία και μακροχρόνιο παράγοντα απασχόλησης των χωρών. Ποιες είναι οι συνθήκες που συναντούν οι μετανάστες σε ένα πιθανόν άγνωστο μέρος ως προς την υποδοχή και αποδοχή, περίθαλψη, στέγαση, εύρεση εργασίας, αναγνώριση των δικαιωμάτων; Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας σε άτομα που εγκαταλείπουν τη χώρα προέλευσής τους, είτε ακούσια είτε εκούσια, καθώς και η συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων αυτών. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα βασίζεται στην ύπαρξη Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (PTSD), μιας ψυχικής διαταραχής που μπορεί να αναπτυχθεί αφού ένα άτομο εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός, όπως αυτο του εκπατρισμού.

1. ΟΡΙΣΜΟΙ- ΝΟΜΟΘΕΣΙΕΣ

Σύμφωνα με το Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, (*Γλωσσάριο για τη Μετανάστευση. Διεθνής Μεταναστευτική Νομοθεσία. http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_20.pdf . τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 2009*) οι βασικότεροι όροι που χρησιμοποιούνται για τη Μετανάστευση είναι οι εξής:

Άδεια παραμονής: Πρόκειται για ένα έγγραφο, θεωρημένο από το Κράτος στον αλλοδαπό, το οποίο επιβεβαιώνει το δικαίωμα παραμονής του στο Κράτος αυτό.

Αιτούντες Άσυλο: Άτομα που αναζητούν να επιτραπεί η είσοδό τους σε μια χώρα ως πρόσφυγες, και βρίσκονται σε αναμονή της απόφασης της αίτησής τους για να αποκτήσουν το καθεστώς του πρόσφυγα, υπό τις σχετικές διεθνείς και εθνικές οδηγίες. Σε περίπτωση αρνητικής απόφασης πρέπει να αναχωρήσουν από τη χώρα και ίσως και να απελαθούν, καθώς βρίσκονται υπό παράνομο καθεστώς, εκτός και αν η άδεια παραμονής τους έχει δοθεί για ανθρωπιστικούς ή άλλους σχετικούς λόγους.

Αλλοδαπός: Το πρόσωπο που δεν έχει την εθνικότητα ενός κράτους.

Αμνηστία : Μια γενική «συγχώρεση», που συνήθως είναι συνακόλουθη της έννοιας «νομιμοποίηση», και αφορά τους ανθρώπους που μπορούν να παραμείνουν σε μια χώρα, των οποίων η παραμονή τους έχει χορηγηθεί με αμνηστία, παρά το γεγονός ότι αυτή η διαμονή ήταν παράνομη.

Αναγνωρισμένος πρόσφυγας: Το άτομο εκείνο που εξαιτίας «δικαιολογημένου φόβου διώξεως λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεων βρίσκεται εκτός της χώρας, της οποίας έχει την υπηκοότητα και δε δύναται ή, λόγω του φόβου αυτού, δεν επιθυμεί να απολαύει της προστασίας της χώρας αυτής».

Απέλαση (αλλοδαπού): Η δράση των αρχών ενός Κράτους με πρόθεση να απομακρύνει ένα άτομο ή άτομα (αλλοδαπούς ή άτομα δίχως υπηκοότητα), παρά τη θέλησής τους, από το έδαφος του.

Διεθνής προστασία: Η προστασία που παρέχεται από τη διεθνή κοινότητα όπως είναι η βοήθεια σε είδος, χρηματική συνεισφορά και υπηρεσίες εξειδικευμένου προσωπικού.

Εισροή: Μια συνεχόμενη και μεγάλη σε μέγεθος άφιξη αλλοδαπών σε μια χώρα.

Εκτοπισμός: Η εξαναγκαστική απομάκρυνση ενός ατόμου από το σπίτι ή τη χώρα του, συχνά εξαιτίας ένοπλων συγκρούσεων ή φυσικών καταστροφών.

Ένοπλη σύρραξη: Όλες οι περιπτώσεις συγκρούσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων Κρατών, ακόμα και αν η δήλωση του πολέμου δεν αναγνωρίζεται από ένα εκ των Κρατών αυτών.

Επαναπροώθηση: Η προώθηση, από ένα Κράτος, ενός ατόμου στην επικράτεια ενός άλλου Κράτους, του οποίου η ζωή ή ελευθερία μπορεί να απειλείται ή μπορεί να διώκεται είτε για λόγους φυλετικούς, θρησκευτικούς, πολιτικών πεποιθήσεων, είτε εξαιτίας του ότι ανήκει σε μια συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, είτε γιατί κινδυνεύει να υποστεί βασανιστήρια. Η επαναπροώθηση περιλαμβάνει κάθε δράση η οποία έχει ως αποτέλεσμα την επιστροφή ενός ατόμου σε ένα Κράτος, συμπεριλαμβανομένης της απέλασης και της άρνησης εισόδου στα σύνορα ενός Κράτους.

Επικουρούμενη μετανάστευση: Η μετακίνηση μεταναστών που πραγματοποιείται με τη βοήθεια της κυβέρνησης, των κυβερνήσεων ή ενός διεθνούς οργανισμού.

Κέντρο φιλοξενίας: Ένας χώρος στέγασης των αιτούντων άσυλο ή των παράνομων μεταναστών, αμέσως μόλις φθάσουν στη χώρα εισδοχής. Το καθεστώς τους καθορίζεται πριν σταλούν στα κέντρα προσφύγων ή επιστρέψουν στη χώρα προέλευσής τους.

Λαθραία μετανάστευση: Παραβίαση των προϋποθέσεων για νόμιμη μετανάστευση. Παρατηρείται όταν ένας αλλοδαπός παραβιάζει τους νόμους εισόδου σε μια χώρα, ή έχοντας ήδη εισέλθει στη χώρα παραμένει παράνομα, παραβιάζοντας τους νόμους για την μετανάστευση.

Μετανάστευση: Η διαδικασία της μετακίνησης είτε διαμέσου των διεθνών συνόρων, είτε εντός ενός Κράτους. Πρόκειται για την μετακίνηση πληθυσμού, περικλείοντας κάθε είδος μετακίνησης ανθρώπων. Αφορά την μετανάστευση προσφύγων, εκτοπισμένων προσώπων και οικονομικών μεταναστών.

Μεταναστευτική ροή: Ο αριθμός των μεταναστών που μετακινούνται ή είναι εξουσιοδοτημένοι να μετακινούνται από και προς μία χώρα, με σκοπό την εργασία ή την εγκατάστασή τους σ' αυτήν για προκαθορισμένο χρονικό διάστημα.

Οικονομικός μετανάστης: Το άτομο που εγκαταλείπει το συνήθη τόπο κατοικίας του για να εγκατασταθεί εκτός της χώρας καταγωγής του, προκειμένου να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Αυτός ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να διακρίνει το πρόσωπο αυτό από τους πρόσφυγες που υφίστανται διωγμούς, και επίσης χρησιμοποιείται για τα άτομα που επιχειρούν να εισέλθουν στη χώρα, δίχως νόμιμη άδεια και/η με το να χρησιμοποιούν τις διαδικασίες ασύλου, χωρίς το σκοπό της «καλής πίστης» (bona fide cause). Επίσης, αφορά τα άτομα που εγκαθίστανται εκτός της χώρας καταγωγής τους για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, κοινώς ονομαζόμενοι εποχιακοί εργάτες.

Πρόσφυγας: Το άτομο το οποίο δικαιούται την προστασία των Ηνωμένων Εθνών - Ύπατη Αρμοστεία -, καθώς πληρεί τις προϋποθέσεις του ψηφίσματος της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, ανεξάρτητα από το αν ή δεν βρίσκεται σε μια χώρα που είναι μέλος της Σύμβασης ή του Πρωτόκολλου περί του Καθεστώτος του Πρόσφυγα, 1951 και 1967 αντίστοιχα, ή δεν έχει αναγνωριστεί ως πρόσφυγας από τη χώρα φιλοξενίας του.

Σύμβαση της Γενεύης για το Καθεστώς των Προσφύγων (28/04/1951) : Βασική αρχή στη Σύμβαση είναι η μη-επαναπροώθηση, σύμφωνα με την οποία ο πρόσφυγας δεν πρέπει να επιστρέφεται σε χώρα όπου απειλείται η ζωή ή η ελευθερία του. Η αρχή της μη-επαναπροώθησης αποτελεί πλέον κανόνα του εθιμικού διεθνούς δικαίου (Σύμβαση του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων, <https://www.unric.org/html/greek/pdf/refugeeconvention-GRE.pdf>, Τελευταία προσπέλαση: Ιανουάριος 2017)

Συνθήκη της Νέας Υόρκης για το Καθεστώς των Ανιθαγενών (28/09/1954) : Η Συνθήκη αυτή καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις όλων των

μεταναστών στις χώρες υποδοχής (*Convention relating to the status of stateless persons*, UNCHR, http://www.unhcr.org/ibelong/wp-content/uploads/1954-Convention-relating-to-the-Status-of-Stateless-Persons_ENG.pdf , Τελευταία προσπέλαση: Ιανουάριος 2017)

Συνθήκη του Δουβλίνου (3/6/2013): Το πρώτο κράτος μέλος στο οποίο εισέρχεται ο αιτών ασύλου, είναι και το υπεύθυνο κράτος για την αίτηση και χορήγηση ασύλου (*Δουβλίνο III, Υπηρεσία Ασύλου*, http://asylo.gov.gr/?page_id=113 , Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 2014)

Χώρα υποδοχής ή χώρα προορισμού: Σε περιπτώσεις επαναπατρισμού δύναται να είναι και η χώρα προέλευσης. Η χώρα η οποία έχει συμφωνήσει στην εισδοχή ενός συγκεκριμένου αριθμού προσφύγων και μεταναστών, σε ετήσια βάση.

2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟΥ

2.1. Μεταναστευτικά ρεύματα στον Ελλαδικό χώρο κατά την αρχαιότητα

Ξεκινώντας με μια ανασκόπηση σε πληθυσμιακές μετακινήσεις μπορεί εύκολα να διακρίνει κανείς πως ο Ελλαδικός χώρος χαρακτηρίζεται μια απ' τις πρώτες περιοχές της Ευρωπαϊκής Ηπείρου που κατοικήθηκε και αναπτύχθηκε πολιτισμός. Πιο συγκεκριμένα πριν από 20.000 χρόνια από την Μέση Ανατολή άνθρωποι εγκαταστάθηκαν στην Ελληνική χερσόνησο και ανέπτυξαν την γραφή, γεωργία και μεταλλουργία. Οι πρώτοι αυτοί λαοί, κάτοικοι της περιοχής του Αιγαίου, ονομάστηκαν απ' τους αρχαίους Έλληνες όπως τον Όμηρο Ηρόδοτο κλπ. Πελασγοί ενώ οι ιστορικοί τους αποκαλούν Πρώτο-Έλληνες.

Το 7.000 π. Χ. έως και το 2.000 π. Χ. οι κάτοικοι της Κρήτης αναπτύσσοντας την γλώσσα και κυρίως την κεραμική έμειναν στην ιστορία με τον όρο " Μινωικός Πολιτισμός", ενώ λίγο Βορειότερα στις Κυκλάδες με ανθρώπους να αναπτύσσουν την ναυσιπλοΐα αποτέλεσαν τον "Κυκλαδικό πολιτισμό". Σταθμό στην ιστορία θεωρήθηκε η μετακίνηση των ινδοευρωπαϊκών φύλλων (Αχαιοί, Ίωνες, Αιολείς, Δωριείς) αφού η κάθοδος τους το 2500 π.Χ. επέφερε αναταράξεις στους πελασγικούς πληθυσμούς οι οποίοι προηγούνταν χρονολογικά στον αποικισμό τους. Οι Αχαιοί ήταν το πρώτο φύλλο που μετακινήθηκε φτάνοντας στη νότιο ελληνική χερσόνησο το 1900 π.Χ. όπου βρίσκοντας τους πρώτο-ελληνικούς λαούς δημιούργησε με στοιχεία των δύο λαών τον "Μυκηναϊκό πολιτισμό". Έπειτα, ακολούθησαν οι Ίωνες που εγκαταστάθηκαν στην Αττική και οι Αιολείς στην Θεσσαλία. Η κάθοδο των Δωριέων (1.100 π.Χ.) που έγινε από την Πίνδο σε Πελοπόννησο, Κρήτη, Αιγαίο σημειώθηκε ως τον πρώτο Ελληνικό Αποικισμό. Περίπου 100 χρόνια μετά οι Έλληνες εξαπλώθηκαν σε όλη την Μεσόγειο και τον Εύξεινο Πόντο ιδρύοντας πόλεις, προσκομίζοντας την ιδιότητα του δεύτερου Ελληνικού Αποικισμού.

Ο Μέγας Αλέξανδρος συνένωσε τις ελληνικές πόλεις ως την Ρωμαϊκή κατάκτηση το 146 π.Χ. όπου οι μετακινήσεις μη ελληνικών πληθυσμών περιορίστηκαν. Η μετεγκατάσταση της πρωτεύουσας της Κωνσταντινούπολης (330 μ.Χ.) και η διάσπαση της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας (395 μ.Χ.) δημιούργησαν μετακίνηση στα μεγάλα αστικά κέντρα της Ανατολής. Η μικρή ελληνική πόλη Βυζάντιο μετατρέπεται τον 6ο αιώνα μ.Χ. με πολλές εθνότητες σε Κωνσταντινούπολη και πληθυσμό 600.000 ανθρώπων. Η "μεγάλη μετανάστευση των λαών" (3ος - 5ος

αιώνας) συνέβη με τις επιδρομές των Γερμανικών φύλων οι οποίοι διήρκησαν πάνω από 200 χρόνια και επηρέασαν σημαντικά τους ελληνικούς πληθυσμούς. (*Μεταναστεύσεις στον Ελλαδικό χώρο κατά την αρχαιότητα* http://vassper.blogspot.com/2015/12/blog-post_22.html, Τελευταία Προσπέλαση Τρίτη, 22 Δεκεμβρίου 2015)

2.2. Μεταναστευτικά ρεύματα : 17^{ος}- 20^{ος} αιώνας

Εκτός απ' τα προσφυγικά κινήματα κυρίως στον ελλαδικό χώρο, η σφαιρική μεταναστευτική πορεία του 17^ο-18^ο αιώνα που διαμορφώθηκε βάση στατιστικών και ιστορικών ευρημάτων δείχνει ότι το δουλεμπόριο αποτέλεσε αιτία μετανάστευσης στον πλανήτη, καθώς 700.000 Ευρωπαίοι μετακινήθηκαν σε Νότια Αμερική και νησιά της Καραϊβικής για το λόγο αυτό .Συνεχίζοντας με τη Βιομηχανική Επανάσταση, η ανάπτυξη των αστικών κέντρων και η βελτίωση της οικονομίας προκάλεσε εισροή μεταναστών σε Ευρώπη, Βόρεια Αμερική και Ιαπωνία.(Hanlon & Vicino , 2014).

Ο Α΄ Παγκόσμιος Πόλεμος (1914-1918) προκάλεσε μεταναστευτικά ρεύματα κυρίως προς την Αμερική, τα οποία ωστόσο περιορίστηκαν με την παγκόσμια οικονομική ύφεση του 1929 και τα μέτρα για τον περιορισμό της μετανάστευσης προς τις ΗΠΑ.(Εμκέ- Πουλοπούλου, 2007). Ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος (1939-1945) επίσης προκάλεσε μεταναστευτική ροή προς τις ΗΠΑ, αλλά και τον Καναδά και την Αυστραλία. Με τη λήξη του, ακολούθησε επαναπατρισμός των Ευρωπαίων από τις αποικίες που ανεξαρτητοποιήθηκαν, καθώς και μετακίνηση εργατικού δυναμικού από χώρες της Νότιας Ευρώπης στη Γερμανία, το Βέλγιο και τη Γαλλία.(Εμκέ- Πουλοπούλου, 2007). Η λήξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου(1945) δημιούργησε την ανάγκη για εύρεση νέας κατοικίας σε πρόσφυγες από την Ευρώπη, την Αφρική και τη Μέση Ανατολή. Πολλοί από αυτούς βρήκαν καταφύγιο υπό την ευθύνη της Διεθνούς Επιτροπής Ερυθρού Σταυρού , και κυριότερα οι Παλαιστίνιοι πρόσφυγες . (*The ICRC's policy on refugees and internally displaced civilians. International Committee of the Red Cross.* https://www.icrc.org/ara/assets/files/other/607-628_krill.pdf . Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 2001).

Σύμφωνα με την Εμκέ- Παυλοπούλου, μεταξύ των ετών 1989 και 2006, η πτώση του Τείχους του Βερολίνου και η κατάρρευση των σοσιαλιστικών καθεστώτων επέφεραν αύξηση της εισροής μεταναστών στη Βορειοδυτική και Νότια Ευρώπη.

Στην Ελλάδα, το διάστημα 1906-1915 περίπου 8,5-37 χιλιάδες Έλληνες ανά έτος μετακινήθηκαν προς τις Η.Π.Α ,ενώ μέχρι και το 1940 συνήθεις προορισμοί ήταν και ο Καναδάς και η Αυστραλία. Στη συνέχεια, τις

δεκαετίες 1950-1980 οι Έλληνες μετακινήθηκαν και προς τη Δυτική Ευρώπη, ενώ παράλληλα η Ελλάδα μετατράπηκε σε χώρα υποδοχής μεταναστών από Ασία, Μέση Ανατολή και Αφρική, όταν προσχώρησε στην Ευρωπαϊκή Ένωση(1981) (Λιανός & Καβουνίδη,2012).Πιο συγκεκριμένα, τη δεκαετία 1990-2000 η Ελλάδα γνώρισε μεταναστευτική εισροή μεγάλης κλίμακας , καθώς υποδέχτηκε μετανάστες από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, όπου είχαν καταρρεύσει τα σοσιαλιστικά καθεστώτα. Συγκεκριμένα το 1991, ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα έφτασε τους 120.000. (Λιανός & Καβουνίδη, 2012).

2.3. Μεταναστευτικά ρεύματα: 21^{ος} αιώνας

Εάν λάβει υπόψιν κανείς τη δεκαετία 2000-2018 , η Ελλάδα έγινε πόλος έλξης εκατοντάδων χιλιάδων μεταναστών όχι μόνο από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, αλλά από ολόκληρο τον κόσμο. Το 2001, μετά το πρώτο κύμα μετανάστευσης από την Ανατολική Ευρώπη, η τότε απογραφή έδειξε ότι στην Ελλάδα ζούσαν πλέον 762.191 αλλοδαποί προερχόμενοι κυρίως από την Αλβανία οι οποίοι είχαν σπεύσει να απογραφούν θεωρώντας ότι η απογραφή θα τους εξασφάλιζε ενδεχομένως έναν τίτλο παραμονής στη χώρα. Από αυτούς οι 48.560 ήταν πολίτες της Ε.Ε., 17.426 ήταν Κύπριοι και οι υπόλοιποι 690.000 υπήκοοι τρίτων χωρών (όχι ομογενείς) εκ των οποίων οι ενήλικες θα έπρεπε να διαθέτουν άδεια παραμονής (*Rosalux,Μετανάστευση στην Ελλάδα*,https://rosalux.gr/sites/default/files/publications/migration_web.pdf ,*Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβριος 2013*).

Το 2001 κατοικούν στην Ελλάδα διάφορες μεταναστευτικές ομάδες, οι οποίες πρωτοεμφανίζονται από το 1970 με σκοπό να εισέλθουν στην αγορά εργασίας. Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από το Πακιστάν, Ιράκ, Φιλιππίνες, Ινδία , η Κίνα, το Μπαγκλαντές, η Ουκρανία, η Ρουμανία, η Βουλγαρία η Ρωσία, η Αλβανία και η Πολωνία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ομάδων αυτών κατέχουν οι Αλβανοί. Το 2001,οι Αλβανοί έχουν περάσει από τα ανειδίκευτα αγροτικά επαγγέλματα στις οικοδομικές εργασίες, σε εργασίες σε μικρές επιχειρήσεις, σε ημειδικευμένες εργασίες και σε υπηρεσίες μεταφορών. Η βελτίωση της επαγγελματικής τους κατάστασης και η αύξηση του εισοδήματός τους οφείλεται στις αυξημένες γλωσσικές τους ιδιότητες και στην καλύτερη κατανόηση επαγγελματικών δυνατοτήτων.

Οι τεκμηριωμένοι μετανάστες στην απογραφή του 2001 ανήλθαν συνολικά σε 693.837, ενώ οι μη καταγεγραμμένες εκτιμήσεις μετανάστευσης αυξάνουν τον αριθμό αυτό σε 1.2 εκατομμύρια άτομα ή πάνω από το 7% του ελληνικού πληθυσμού .Περισσότεροι από τους μισούς νόμιμους

αλλοδαπούς βρίσκονται στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και ένα τέταρτο βρίσκεται στη Θεσσαλονίκη, τη δεύτερη μεγαλύτερη πόλη της Ελλάδας στα βόρεια . Περίπου οι μισοί από τους νόμιμα απασχολούμενους αλλοδαπούς είναι είτε Έλληνες είτε πολίτες της ΕΕ. Ωστόσο, περίπου το 79% των μεταναστών χωρίς έγγραφα προέρχονται από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, ενώ το υπόλοιπο 21% προέρχεται από περισσότερες από εκατό κυρίως χώρες του Τρίτου Κόσμου . Ο αριθμός των αδειών εργασίας σε αλλοδαπούς Έλληνες αλλοδαπούς είναι μόλις 0,33% του εγγεγραμμένου εργατικού δυναμικού, ο χαμηλότερος αριθμός στην ΕΕ.(ΚΕΘΕΑ

https://rosalux.gr/sites/default/files/publications/migration_web.pdf, Τελευταία προσπέλαση Δεκεμβρης 2010)

Με βάση τα επικυρωμένα στατιστικά στοιχεία του υπουργείου Εσωτερικών το 2016 οι προερχόμενοι από δώδεκα, κυρίως, τρίτες χώρες συνθέτουν τις πιο πολυπληθείς ομάδες αλλοδαπών στην Ελλάδα. Στην πλειονότητά τους οι νόμιμα διαμένοντες αλλοδαποί προέρχονται από: Αλβανία (387.023 άτομα), Ουκρανία (19.595), Γεωργία (18.334), Πακιστάν (16.578), Ινδία (14.357), Αίγυπτο (12.084), Φιλιππίνες (10.468), Μολδαβία (9.092), Μπαγκλαντές (6.301), Συρία (5.799), Κίνα (4.840), Σερβία (2.968). Επίσης, στην Ελλάδα είναι σχετικά μεγάλος ο αριθμός μεταναστών από τη Νιγηρία (1.965), την Τουρκία (1.554), την ΠΓΔΜ (1.378), τη Λευκορωσία (1.348), το Καζακστάν (1.324), τον Λίβανο (1.167), το Ιράν (1.101), την Αιθιοπία (1.071), το Ουζμπεκιστάν (1.033), τη Σρι Λάνκα (974 άτομα).

Στην Ελλάδα, την περίοδο του 2009, παρατηρήθηκε έντονο το φαινόμενο της μετανάστευσης των Ελλήνων προς το εξωτερικό. Αυτό φυσικά αιτιολογείται στην οικονομική κρίση. Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία της ΤΤΕ, ο αριθμός των μονίμως εξερχομένων Ελλήνων ηλικίας 15-64 ετών ,από το 2009 μέχρι σήμερα ,ξεπερνά τις 427.000.Το 2013 παρατηρούμε τριπλασιασμό του μέσου όρου από το 2009 και οι μετανάστες ξεπερνούν τις 100.000 άτομα, ενώ σύμφωνα με όλες τις ενδείξεις το φαινόμενο συνεχίζεται με αδιάπτωτη ένταση το 2014 και οξύνεται περαιτέρω το πρώτο εξάμηνο του 2015.Όπως επισημαίνεται μέσα από την έρευνα ,η διαδικασία εξόδου Ελλήνων για αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό είναι ακόμα σε εξέλιξη και δεν φαίνεται το πότε θα τερματιστεί .Το βέβαιο είναι ότι πρόκειται για την τρίτη μαζική μετανάστευση. Οι χώρες που έχουν μεταναστεύσει οι Έλληνες στο εξωτερικό κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης είναι οι εξής: ΗΠΑ, Καναδάς, Πορτογαλία, Κουβέιτ, Κατάρ, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Ολλανδία, Γαλλία, Βουλγαρία, Κύπρος, Αυστρία, Δανία,Νορβηγία, Ηνωμένο Βασίλειο, Γερμανία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Ρουμανία, Σλοβακία, Ιταλία, Ρωσία, Κούβα, Περού (Καθημερινή,Το τρίτο μεταναστευτικό κύμα των Ελλήνων,<http://www.kathimerini.gr/865921/article/epikairothta/ellada/to->

[*trito-metanasteytiko-kyma-twn-ellhnwn*](#). Τελευταία προσπέλαση Ιούλιος 2016).

2.4. Προσφυγικά ρεύματα: 19^{ος}-20^{ος} αιώνας

Η αφετηρία του προσφυγικού ζητήματος κατά τον 19ο αιώνα στην Ελλάδα σημαδεύεται με τις μετακινήσεις των ελληνικών πληθυσμών την επανάσταση του 1821. Οι χώροι προέλευσης ήταν η Μικρά Ασία, λόγω τρομοκρατικών ενεργειών καθώς και η ηπειρωτική χώρα και το Αιγαίο λόγω αποτυχίας απελευθερωτικού κινήματος. Οι προθέσεις της Πολιτείας επί περίοδο μοναρχίας του Όθωνα (1833-1862) ήταν κυρίως η κάλυψη κρατικών αναγκών και η αποκατάσταση των Χιτών το 1835, των Κρητών αρχικά σε περιοχές Πελοποννήσου μετά σε Μήλο, Μεσσηνία, Αργολίδα αλλά και τους Ηπειρώτες το 1837 λόγω αποτυχίας συνοικισμού στο Αντίρριο.

Έπειτα, στη σύσταση της Εθνοσυνέλευσης το 1829 παρουσιάστηκαν οι προϋποθέσεις για την αποκατάσταση ιδιότητας του Έλληνα πολίτη με αφορμή αντιδράσεων μεταξύ αυτόχθονων και ετεροχθόνων πληθυσμών. Στις αρχές του 20ου αιώνα τα κύματα των προσφύγων στην Ελλάδα ήταν πιο πολυάριθμα σε σύγκριση με τον 19ο αιώνα. Αιτία αποτέλεσαν η εχθρότητα των κρατών στα Βαλκάνια και αποκορύφωμα του μεταναστευτικού ρεύματος αποτέλεσε ο ξεριζωμός του Ελληνισμού της Μικράς Ασίας και της Ανατολικής Θράκης του 1922.

Το 1906 κατέφτασαν από Ανατολική Ρωμυλία, αυτόνομη περιοχή της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, λόγω βιοπραγιών Βουλγάρων αλλά και από Ρουμανία στον Ελλαδικό χώρο καθώς και τον Αύγουστο του 1913 από την Δυτική Θράκη, Ανατολική Μακεδονία και τις περιοχές της Σερβίας, εξ αιτίας υπογραφής Συνθήκης Βουκουρεστίου που τερμάτιζε του Βαλκανικούς πολέμους. Κατά την περίοδο αυτή φτάνει το πρώτο μεταναστευτικό ρεύμα από την Ρωσία. Με την Συνθήκη του Βουκουρεστίου (ΦΕΚ Α' 2/7/28 Οκτωβρίου 1913) τον Αύγουστο του 1913 προσήλθαν στην Ελλάδα ελληνικοί πληθυσμοί από Δυτική Θράκη, Βουλγαρία, περιοχές της Σερβίας και από Ανατολική Μακεδονία.

Στην πρώτη φάση των διωγμών που συνέβη με λεηλασίες και δολοφονίες συνάχθηκε Μικτή Επιτροπή τον Ιούνιο του 1914 που δεν λειτούργησε. Παράλληλα, στην δεύτερη που συνέβη με εκτοπίσεις και τάγματα εργασίας είχε ως αποτέλεσμα κύμα φυγής προσφύγων προς την Ελλάδα, καθώς οι τουρκικές αρχές εγκατέστησαν Μουσουλμάνους στα σπίτια φυγάδων Ελλήνων στην Σερβία, Βουλγαρία, Ελλάδα, Αλβανία.

Η οργανωτική περίθαλψη προσήλθε το 1917-1921 σε 450.000 πρόσφυγες με συμβολή της Ανώτατης Διεύθυνσης Περίθαλψης στην περίοδο διχασμού. Το "Σύμφωνο περί αμοιβαίας μεταναστεύσεως μεταξύ Ελλάδας και Βουλγαρίας που υπογράφηκε το Νοέμβριο του 1919 με την Συνθήκη του Νειγύ, προέβλεπε την παραχώρηση της Δυτικής Θράκης στην Ελλάδα από την Βουλγαρία και είχε ως αποτέλεσμα να μεταναστεύσουν στην Ελλάδα απ' την Βουλγαρία 50.000 και αντίστοιχα σε αυτές τις δύο χώρες. Παράλληλα, την περίοδο του 1919-1921 μεγάλο μέρος Ελλήνων της Ρωσίας κατέφυγε στα λιμάνια της Μαύρης Θάλασσας και από εκεί στην Ελλάδα εξ 'αιτίας της Ρωσικής Επανάστασης. (Μαργαρίτης και συν. 2013).

Στις 15/5/1919 με την απόβαση του ελληνικού στρατού στην Σμύρνη και έπειτα με την υπογραφή της Συνθήκης Σεβρών, οι μετακινήσεις που σημειώθηκαν το πρώτο διάστημα απογραφής το 1928 ήταν 1.200.000 πρόσφυγες. Η προέλευση των προσφύγων που κατέφυγαν στην Ελλάδα κατά τις τρεις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα υπάγεται σε 90,4% αυτών να προέρχεται από Τουρκία και κυρίως Μικρά Ασία 51,3%. Από Ανατολική Θράκη 21% και Πόντο 14,9% ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 3,2% προέρχεται και από Κωνσταντινούπολη, οι ορθόδοξοι κάτοικοι της οποίας είχαν εξαιρεθεί από την υποχρεωτική ανταλλαγή που προέβλεπε η Συνθήκη της Λοζάνης (*Στατιστικά αποτελέσματα της απογραφής του πληθυσμού της Ελλάδας της 15-16 Μαΐου 1928. E-Demography - Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. http://www.e-demography.gr/ElstatPublications/censuses/docs/eDemography_Metadata_Censuses_Doc_000058_gr.pdf . Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 1933*).

Πριν τον Αύγουστο του 1922 είχαν καταφύγει στην Σμύρνη και στην Ελλάδα κυρίως Έλληνες του Πόντου, Κιλικίας και Καππαδοκίας. Με την λήξη όμως του μικρασιατικού πολέμου τον ίδιο μήνα και την ήττα και αποχώρηση του ελληνικού στρατού, χιλιάδες πρόσφυγες έφτασαν στην Ελλάδα. (Φ.Δ Αποστολοπούλου και συν. 2005) "Η Έξοδος" τόμος Α', Κέντρο Μικρασιατικών Σπουδών, Αθήνα) Μετά τον Αύγουστο του 1922 κατάφυγαν στην Ελλάδα Έλληνες από τα Βούρλα, Αϊβαλί και τα Μοσχονήσια , ενώ διώξεις έγιναν στην Βορειοδυτική Μικρά Ασία. Το φθινόπωρο του ίδιου έτους φτάνουν στην Ελλάδα περίπου 900.000 πρόσφυγες ανάμεσα τους 50.000 Αρμένιοι ενώ περίπου 200.000 Έλληνες παρέμειναν στην κεντρική και νότια Μικρά Ασία, οι οποίοι έπειτα μεταφέρθηκαν στην Ελλάδα το 1924-1925 με την φροντίδα της Μικτής Επιτροπής.

Η Συνθήκη Ειρήνης της Λοζάνης που υπογράφηκε το 24/7/1923 επισήμανε υποχρεωτική ανταλλαγή Ελλήνων-Ορθόδοξων κατοίκων της Τουρκίας με Μουσουλμάνους κατοίκους της Ελλάδας, καθώς οι ανταλλάξιμοι θα είχαν αποζημίωση από το κράτος εγκατάστασης. (Νάσκου- Περράκη,2014). Εν

κατακλείδι, η αποκατάσταση των προσφύγων έγινε με πρωτοβουλία της Κοινωνίας των Εθνών (ΚΤΕ) το Σεπτέμβριο του 1923 με στόχο την παραγωγή, απασχόληση και οριστική στέγαση των προσφύγων.

Το 1945, η λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου δημιούργησε την ανάγκη για εύρεση νέας κατοικίας σε πρόσφυγες από την Ευρώπη, την Αφρική και τη Μέση Ανατολή. Πολλοί από αυτούς βρήκαν καταφύγιο υπό την ευθύνη της Διεθνούς Επιτροπής Ερυθρού Σταυρού, και κυριότερα οι Παλαιστίνιοι πρόσφυγες. (The ICRC's policy on refugees and internally displaced civilians. International Committee of the Red Cross.

https://www.icrc.org/ara/assets/files/other/607-628_krill.pdf . Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 2001)

Λίγο αργότερα, ο 19ετής πόλεμος του Βιετνάμ που έληξε το 1975 προκάλεσε ένα τεράστιο κύμα προσφύγων και νέα προσφυγική κρίση από της χώρες της Ινδοκίνας (Βιετνάμ, Καμπότζη και Λάος) προς την Ευρώπη. Η κρίση αντιμετωπίστηκε με την άμεση δραστηριοποίηση της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ (*Flight from Indochina. The State of the World's refugees 2000. UNHCR- The UN Refugee Agency.*

<http://www.unhcr.org/3ebf9bad0.pdf> Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 2000).

Τα έτη 1980-1990 περιέλαβαν εμφύλιους πολέμους στην Αφρική, καθώς και τον πόλεμο του Αφγανιστάν, με εκατομμύρια πρόσφυγες να ζητούν άσυλο σε χώρες της Ευρώπης (*Report of the United Nations High Commissioner for refugees, 1990. UNHCR- The UN Refugee Agency.*

<http://www.unhcr.org/excom/unhcrannual/3ae68c2f0/report-united-nations-high-commissioner-refugees-1990.html> . Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 24, 1990).

2.5. Προσφυγικά ρεύματα: 21^{ος} αιώνας

Το 2000 έφτασε με πολέμους στη Δυτική Αφρική και το Σουδάν, που προκάλεσαν μετακινήσεις πληθυσμών προς τη Δύση έως το 2006, όπου ξεκίνησε ο πόλεμος στο Ιράκ, με μετακινήσεις προσφύγων κυρίως στη Συρία και την Ιορδανία. (*Global Refugee Flow Map. UNHCR-The UN Refugee Agency.* <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> . Τελευταία προσπέλαση Μάιος 31, 2017).

Γεγονός θεωρείται πως τα τελευταία 8 χρόνια λαμβάνουν χώρα πόλεμοι στη Συρία και στην Ανατολική Ουκρανία. Στην Ουκρανία το 2014, η διαμάχη της χώρας με τη Ρωσία κατέστησε την ανατολική Ουκρανία εμπόλεμη ζώνη, με χιλιάδες Ουκρανούς να μεταναστεύουν προς τη Ρωσία. (*Global Refugee Flow Map. UNHCR-The UN Refugee*

Agency. <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> . Τελευταία προσπέλαση Μάιος 31, 2017).

Από τον πόλεμο της Συρίας, τα στατιστικά της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ δείχνουν ότι στην αρχή του 2013 μόλις 500.000 πρόσφυγες μετακινήθηκαν από τη χώρα, ενώ στα τέλη του 2014 οι Σύριοι πρόσφυγες στα καταφύγια προσφύγων της Τουρκίας, της Ιορδανίας και του Ιράκ έφτασαν τους 3,7 εκ Από το 2015 μέχρι και σήμερα, περίπου 12εκ. Σύριοι πρόσφυγες έχουν ζητήσει άσυλο στην Ευρώπη (*Syria emergency. UNHCR- The UN Refugee Agency. <http://www.unhcr.org/syria-emergency.html> Τελευταία προσπέλαση Απρίλιος 16, 2018*).

Το 2015, οι αφίξεις προσφύγων δια θαλάσσης αυξήθηκαν δραματικά στην Ελλάδα κυρίως λόγω του συνεχιζόμενου εμφύλιου πολέμου στη Συρία. Υπήρξαν 856.723 αφίξεις κατά μήκος της θάλασσας στην Ελλάδα, σχεδόν πενταπλάσια αύξηση κατά την ίδια περίοδο του 2014. Εκτιμάται ότι το 8% των αφίξεων αιτούντων άσυλο στην Ελλάδα, ενώ άλλοι ελπίζουν να βρουν άσυλο στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης.

2.6. Μετανάστες και πρόσφυγες στην Ελλάδα: Σήμερα

1. Hotspots

Τα hotspots, είναι εγκαταστάσεις για την εξασφάλιση της καταγραφής και ταυτοποίησης όλων των προσφύγων και μεταναστών που εισέρχονται στην Ευρώπη. Εκεί γίνεται και η κατάθεση αιτήματος ασύλου, αλλά και αποφασίζεται η επαναπροώθηση των οικονομικών μεταναστών που δε δικαιούνται να παραμείνουν εντός ευρωπαϊκών συνόρων. Λειτουργούν ως χώροι προσωρινής φιλοξενίας, μέχρι να γίνουν οι παραπάνω διαδικασίες. Στην Ελλάδα, hot spots υπάρχουν στην Αθήνα, Λέσβο, Σάμο, Λέρο και Κω (*Εξι ερωτήματα για τα hotspots που χρειάζονται διευκρίνιση, Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, <http://www.kathimerini.gr/850379/article/epikairothta/ellada/e3i-erwthmata-gia-ta-hotspots-poy-xreiazontai-dieykrinish> , Τελευταία προσπέλαση: Φεβρουάριος 21, 2016*).

2. Κέντρα φιλοξενίας

Τα Κέντρα φιλοξενίας είναι εκεί όπου διαμένουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αφού γίνουν όλες οι διαδικασίες στα hotspots. Υπάρχουν αρκετά Κέντρα φιλοξενίας στην Ελλάδα, είτε κρατικά είτε από ΜΚΟ .Μερικά από αυτά είναι: Κέντρο φιλοξενίας Σχιστού (Αθήνα), Κέντρο φιλοξενίας στη Μόρια (Λέσβος), Δομή φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων

της ΜΚΟ ΑΡΣΙΣ (Αθήνα), Ανοιχτή δομή φιλοξενίας προσφύγων Ελαιώνα (Αθήνα), Δομή φιλοξενίας Θηβών (Θήβα), Δομή φιλοξενίας προσφύγων Διαβατών (Θεσσαλονίκη).

3. Κοινότητες και Σύλλογοι Μεταναστών

Υπάρχουν διάφορες Κοινότητες Μεταναστών στην Ελλάδα, όπου οι μετανάστες συγκεντρώνονται και οργανώνουν δραστηριότητες, κοινωνικοποιούνται, δικτυώνονται. Στην Αθήνα για παράδειγμα, υπάρχει η Πακιστανική, η Αφγανική, η Βουλγαρική, η Σουδανική, ο Πολιτισμικός Σύλλογος Ελλήνων- Λιβανέζων, το Στέκι πολιτισμού Αλβανών μεταναστών κ.ά. (Αλλοδαποί εργαζόμενοι, Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας, <http://www.eka.org.gr/index.php/allodapoi-egazomenoi/119-allodapoi-links/179-allodapoi-links>, Τελευταία προσπέλαση: Ιανουάριος 2018).

4. Στέκια και δομές αλληλεγγύης

Υπάρχουν αρκετές δομές αλληλεγγύης που οργανώνονται από Δήμους ή απλούς πολίτες ή πολιτικές οργανώσεις, με στόχο την ευκολότερη προσαρμογή των μεταναστών, την εκμάθηση της Ελληνικής γλώσσας, την κοινωνικοποίηση τους. Μερικές από αυτές είναι: Τα Πίσω Θρανία, το Κυριακάτικο Σχολείο Μεταναστών, το Στέκι Μεταναστών, το Δίκτυο Μεταναστριών ΜΕΛΙΣΣΑ κ.ά. (Αλλοδαποί εργαζόμενοι, Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας, <http://www.eka.org.gr/index.php/allodapoi-egazomenoi/119-allodapoi-links/179-allodapoi-links>, Τελευταία προσπέλαση: Ιανουάριος 2018).

Πέρα από τις παραπάνω δομές, οι οικονομικοί μετανάστες και πρόσφυγες παλαιότερων μεταναστευτικών ρευμάτων έχουν ενταχθεί στην ελληνική κοινωνία, ζώντας σε συνοικίες, συνυπάρχοντας με τους Έλληνες πολίτες. Έχουν δημιουργήσει τις οικογένειές τους, γνωρίζουν άπταιστα την ελληνική γλώσσα, εργάζονται, ενώ οι νεότερες γενιές φοιτούν στα ελληνικά σχολεία και πανεπιστήμια.

3. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

3.1. Γενικά

Η μετανάστευση ατόμων είναι ένα παμπάλαιο φαινόμενο. Η σύνδεση του φαινομένου της μετανάστευσης με την ψυχική υγεία έχει ήδη ηλικία 80 ετών. Ως πρώτη μελέτη θεωρείται αυτή του Odegaard το 1932 που βρήκε αυξημένο ποσοστό σχιζοφρένειας σε Νορβηγούς μετανάστες, σε σχέση με το γενικό πληθυσμό στις ΗΠΑ. Ο αντίκτυπος της μετανάστευσης για την ψυχική υγεία των προσφύγων και αιτούντων άσυλο παραμένει επίμαχη περιοχή στον τομέα της έρευνας (Moussavi, Chatterj, Verdes, Tandon, Patel, & Ustun, 2007). Μέχρι σήμερα είναι ασαφές ότι η μετανάστευση μεταφράζεται σε συνολική αύξηση της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας)Συνολικά, τα επιδημιολογικά στοιχεία για την ψυχική υγεία του μεταναστών παραμένουν περιορισμένα. Η Έρευνα για την ψυχική υγεία των προσφύγων έχει επικεντρωθεί στο PTSD (Glover, 1989).

Μια προηγούμενη συστηματική ανασκόπηση σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος μεταξύ των προσφύγων, έδειξε ότι η μετανάστευση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία των πληγέντων πληθυσμών (Fazel, Wheeler, και Danesh, 2005). Παρ' όλα αυτά, είναι ασαφές κατά πόσον η μετανάστευση οδηγεί σε αύξηση ή σε μείωση της επιβάρυνσης για την ψυχική υγεία (Glover, 1989).

Η συνεχής ανάπτυξη της διεθνούς μετανάστευσης έχει συνοδευτεί από την επέκταση της κοινωνικοψυχιατρικής έρευνας, δεδομένου ότι η κοινωνική κινητικότητα έχει από καιρό συνδεθεί με διάφορα ψυχοκοινωνικά προβλήματα και αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (Murphy, 1965). Η έρευνα για την ψυχική υγεία των πληγέντων από τον πόλεμο πληθυσμών έχει επικεντρωθεί κυρίως στην εκτίμηση του μετατραυματικού στρες (PTSD) και τη σύνδεσή του με τις εμπειρίες που σχετίζονται με τον πόλεμο, τη βία και την απώλεια. Πολυάριθμες μελέτες, με τη χρήση διαφορετικών μεθοδολογιών, εστιάζοντας τόσο σε κλινικά όσο και σε κοινοτικά δείγματα, έχουν καταγράψει μια θετική, αν και εξαιρετικά μεταβλητή, σχέση μεταξύ των επιπέδων της συμπτωματολογίας PTSD και του βαθμού της έκθεσης των ανθρώπων στη βία και την καταστροφή από τις ένοπλες συγκρούσεις (Hubbard, Realmoto, Northwood, & Masten, 1995, Miller et al., 2002). Σε μικρότερο βαθμό, υπήρξε επίσης μια εστίαση στην εξέταση της συχνότητας

σε άλλους τύπους ψυχοπαθολογίας, κυρίως την κατάθλιψη και το άγχος, και πάλι με σκοπό την αξιολόγηση της δύναμης της σχέσης τους με προηγούμενες εμπειρίες της βίας και απώλειας που σχετίζονται με βίαιες πολιτικές συγκρούσεις. Αυτή η εμπειρική έμφαση στις ψυχολογικές συνέπειες της έκθεσης σε πολιτική βία, έχει ρίξει σημαντικά φως στις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία εκείνων που ζουν μέσα στον τρόπο, την καταστροφή και την απώλεια που παράγει πάντα η βία. Παρά το γεγονός ότι υπάρχει μια αυξανόμενη συζήτηση σχετικά με την εξάρτηση της πίστης στις δυτικές ψυχιατρικές δομές που περιγράφουν τα συμπτώματα και τα σύνδρομα κινδύνου σε πληθυσμούς που είναι συντριπτικά μη δυτικοί (Bracken, Giller, & Summerfield, 1995), τα διαθέσιμα στοιχεία σαφώς δείχνουν ότι η έκθεση σε πολιτική βία έχει έντονα αρνητικές επιπτώσεις για την ψυχική υγεία των ανθρώπων. Πέρα από αυτές τις άμεσες επιδράσεις στην ψυχική υγεία (π.χ., μέσω της καταστροφής των σπιτιών των ανθρώπων, την εξαφάνιση ή το θάνατο των μελών της οικογένειας, τη σεξουαλική επίθεση από ένοπλους μαχητές, την αυθαίρετη κράτηση, τα βασανιστήρια, και το χρόνιο φόβο ότι θα τραυματιστεί ή θα σκοτωθεί), καταστάσεις παρατεταμένης βίας μπορεί να ασκήσουν έμμεσες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία με την καταστροφή των υποδομών και της οικονομίας μιας χώρας, αυξάνοντας έτσι τη φτώχεια και τους συναφείς ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, προκαλώντας τη μαζική μετακίνηση του άμαχου πληθυσμού, με αποτέλεσμα τις εξαιρετικά στρεσογόνες εμπειρίες την αποδυνάμωση ή την καταστροφή των κοινωνικών δικτύων, με αποτέλεσμα να μειωθεί η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κοινωνικής στήριξης και η αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης και την αποδυνάμωση των κοινωνικών δεσμών και των κανόνων που διέπουν την κοινωνία των πολιτών και που δημιουργεί μια αίσθηση ομαλότητας, προβλεψιμότητας και ασφάλειας (Hubbard, Realmoto, Northwood, & Masten, 1995). Οι συνθήκες αυτές μπορούν να αποφέρουν σημαντική ψυχική ένταση, ενώ ταυτόχρονα υπονομεύουν τις στρατηγικές, τους πόρους που διαθέτουν οι άνθρωποι για να αντιμετωπίσουν τον εν λόγω κίνδυνο. Οι άμαχοι επιζώντες που εκτέθηκαν σε πόλεμο, συχνά υποφέρουν από έλλειψη βασικών αναγκών, όπως τροφή και στέγη. Επιπλέον, ο πόλεμος φέρει στο πέρασμα του την απώλεια της κοινωνικής και πολιτισμικής λειτουργικότητας, που στόχος τους είναι να παρέχουν σταθερότητα και συνεκτικότητα (Glover, 1989).. Αυτές οι δυσκολίες έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ψυχική υγεία των αμάχων επιζώντων

ακόμα και μετά τον πόλεμο (Johnson & Thompson, 2008). Μέχρι σήμερα, ωστόσο, οι ερευνητές που εξετάζουν το τραύμα κατά τη διάρκεια της σύγκρουσης ή μετά τον τερματισμό των συγκρούσεων σπάνια εξέτασαν την πιθανή επίδραση αυτών των έμμεσων επιπτώσεων της παρατεταμένη βίαιης σύγκρουσης στην ψυχική υγεία, εστιάζοντας αντίθετα στις άμεσες επιπτώσεις της έκθεσης σε πόλεμο που σχετίζονται με βίαια γεγονότα (Thompson, 1985).

3.2. Ψυχολογικό τραύμα

Το φαινόμενο των προσφύγων δεν εμπίπτει μέσα στη συνήθη σφαίρα της ψυχολογικής θεωρίας και θεραπείας. Ως εκ τούτου, είναι κατανοητό ότι οι ψυχολόγοι προσπαθούν να κατανοήσουν αυτό το φαινόμενο με την έρευνα για ορισμένες από τις υπάρχουσες ψυχολογικές θεωρίες που ισχύουν για αυτές τις καινοτόμες καταστάσεις. Τραύμα είναι ένας ιατρικός όρος και στα ελληνικά σημαίνει πληγή, τραυματισμός, και προέρχεται από το ρήμα τιτρώσκω, που σημαίνει πληγώνω. Έτσι, η αρχική έννοια του τραύματος είναι το σημάδι, η ζημία που έχει απομείνει, ως αποτέλεσμα της διάτρησης του δέρματος.

Όσον αφορά τους πρόσφυγες, μπορεί να είναι είτε τραυματισμένοι (Ψυχολογικά) σε διαφορετικούς βαθμούς σοβαρότητας, ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε βίαια γεγονότα, ή εναλλακτικά, μπορεί να βιώσουν (εκτός από την αγωνία) μια αίσθηση ανανέωσης και αναζωογόνησης, όταν οι ισχυρές και δυνητικά τραυματικές εμπειρίες διαγράψουν προηγούμενες τάσεις και τρόπους ζωής και εισαγάγουν ένα νέο νόημα στη ζωή τους. Αυτό το δεύτερο αποτέλεσμα της τριβής δεν είναι γλωσσική εφεύρεση ή μια θεωρητική αφηρημένη σκέψη, αλλά αντιστοιχεί στην πραγματικότητα, όταν οι άνθρωποι, μετά από επώδυνο «τραυματικό» γεγονός, ανακινούνται και σταδιακά συνειδητοποιούν ότι τώρα βλέπουν τον εαυτό τους και τον κόσμο με διαφορετικό τρόπο, για παράδειγμα με την εκτίμηση της ζωής, τη φιλία και τη εγκαρδιότητα περισσότερο από την ενασχόληση με δευτερεύουσες και χωρίς νόημα αναζητήσεις (Σολδάτος και συν., 2008)

Αναφορικά με την προσέγγιση του τραύματος για τους πρόσφυγες, οι δύο αυτές έννοιες του τραύματος έχουν σημαντικές συνέπειες. Η πρώτη έννοια του τραύματος είναι μακράν η πιο κυρίαρχη. Θεωρούμε ότι οι πρόσφυγες είναι τραυματισμένοι και έχουν ανάγκη για βοήθεια. Ωστόσο, αν δεν

είμαστε προσεκτικοί, αυτή η πολύ λογική προσέγγιση μπορεί να έχει μερικές αρκετά αρνητικές συνέπειες. Η δεύτερη έννοια του τραύματος (η απόκτηση νέων προοπτικών ζωής) είναι λιγότερο αισθητή αν και όχι λιγότερο γνωστή. Είναι γνωστό ότι μετά από μια δύσκολη και έντονη εμπειρία, οι άνθρωποι μπορεί να απαντήσουν με τρόπους που τονίζουν την ανανέωση παρά τις ζημιογόνες επιπτώσεις από την εμπειρία. Παρά τον πόνο, τον αποπροσανατολισμό, τη διάσπαση, την καταστροφή και την απώλεια, οι άνθρωποι μπορούν να εξακολουθούν να αισθάνονται ότι η ίδια ακριβώς «τραυματική» εμπειρία επίσης, τους έκανε να επαναξιολογήσουν τις προτεραιότητές τους στη ζωή, την αλλαγή του τρόπου ζωής τους και να αποκτήσουν νέες αξίες, να βιώσουν μια ουσιαστική αλλαγή και ανανέωση στη ζωή τους. Έχοντας έρθει τόσο κοντά στο θάνατο ή έχοντας βιώσει την αβάσταχτη αγωνία των σημαντικών απωλειών, οι πρόσφυγες συχνά εμφανίζονται μεταλλαγμένοι, προβάλλουν εκ νέου τη ζωή τους, τον εαυτό τους και τις σχέσεις τους με ένα νέο και ανανεωμένο τρόπο. Αυτό σημαίνει ότι, παραδόξως, παρά την αρνητική φύση τους, οι καταστροφικές εμπειρίες (ανεξάρτητα από το βαθμό της σκληρότητάς τους και τις καταστροφικές επιπτώσεις) μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ανθρώπους να ανασηματίσουν τη ζωή τους και να της προσδώσουν νέο νόημα (Σολδάτος και συν., 2008).

Λογικά, το εύρος των πιθανών συνεπειών από το τραύμα πρέπει να εμπίπτει σε τρεις κατηγορίες: αρνητικά, θετικά και ουδέτερα. Κατ' αρχάς πρέπει να τονιστεί ότι αυτό δεν πρέπει να είναι αποκλειστικό. Αυτό σημαίνει ότι παρά το γεγονός ότι ένα άτομο είναι ψυχολογικά τραυματισμένο, αυτός ή αυτή μπορεί επίσης να κερδίσει από την εμπειρία (Παπαδόπουλος, 2004).

Ψυχολογικά μιλώντας, με βάση την ψυχολογική και όχι την κοινωνική, ηθική ή άλλη πραγματικότητα, οι αντιδράσεις για τις αντιξοότητες και τις καταστροφικές συνέπειες του σε ένα εξόριστο άτομο μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο, ανάλογα με μια ποικιλία διαφορετικών μεταβλητών. Αυτές είναι οι εξής (Παπαδόπουλος, 2004):

- Προσωπικές: ιστορικό, ψυχολογικά χαρακτηριστικά, μηχανισμοί αντιμετώπισης, ισχυρά σημεία / αδυναμίες, κοινωνική θέση, εκπαίδευση,
- Η υποστήριξη των συστημάτων (κοινωνικό κεφάλαιο): η οικογένεια (πυρηνική και εκτεταμένη, η κοινότητα-τοπική και διεθνής)
- Το Φύλο

- Η θέση Ισχύος: βαθμός της ανικανότητας και της ταπείνωσης
- Οι συνθήκες του πραγματικού καταστροφικού γεγονότος: η προβλεψιμότητα, η απομόνωση, η διάρκεια, οι μακροχρόνιες επιπτώσεις
- Το νόημα που αποδίδεται στα γεγονότα και στη βίωση αυτών των γεγονότων: πολιτική, θρησκευτική, ιδεολογική
- Η ελπίδα ή η έλλειψη ελπίδας

Κάθε ένας από αυτούς τους παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο που κάθε άτομο ανταποκρίνεται στις εμπειρίες και γεγονότα που τους οδήγησαν στην εξορία. Συνολικά, μπορούμε να διακρίνουμε τις ακόλουθες τρεις γενικές κατηγορίες των πιθανών επιπτώσεων του τραύματος που μπορεί να έχει για ένα πρόσωπο: αρνητικά, θετικά και ουδέτερα, όπως εξηγείται στη συνέχεια.

3.2.1. Αρνητικές επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος

Το πρώτο, είναι ο πραγματικός ψυχολογικός τραυματισμός που μπορεί να οδηγήσει σε μια πραγματική παθολογική κατάσταση μικρότερης ή μεγαλύτερης διάρκειας. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι ορισμένοι άνθρωποι όντως τραυματίζονται από τις καταστροφικές συνέπειες των εξωτερικών γεγονότων που προκαλούνται από τον πόλεμο, τις συγκρούσεις, τις περιβαλλοντικές καταστροφές, ωστόσο, σε αυτή την κατηγορία μπορούμε να εντοπίσουμε τρεις βαθμούς σοβαρότητας (Thompson, 1985):

- συνηθισμένος ανθρώπινος πόνος: είναι η πιο κοινή και ανθρώπινη απάντηση στις τραγωδίες στη ζωή. Ο πόνος δεν είναι πάντα παθολογική κατάσταση. Τα βάσανα είναι κομμάτι της ζωής και δεν είναι πάντα χρήσιμο να ιατροκοποιούνται ή να παθολογικοποιούνται.
- Αγχώδης ψυχολογική αντίδραση: είναι ένα αποτέλεσμα που δεν απαιτεί πάντα την προσοχή ειδικού. Η συνηθισμένη ανθρώπινη ανθεκτικότητα μπορεί να ασχοληθεί με τις επιπτώσεις αυτού του είδους.
- Ψυχιατρικές διαταραχές: ο πιο συνηθισμένος τύπος αυτού του αποτελέσματος είναι το PTSD (Διαταραχή μετατραυματικού στρες), το οποίο απαιτεί οπωσδήποτε επαγγελματική παρέμβαση.

3.2.2. Θετικές επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος

Η δεύτερη κατηγορία των πιθανών αποκρίσεων των προσφύγων αναφέρεται σε φαινόμενα που τείνουν να αγνοηθούν από τις κύριες επαγγελματικές θεωρίες και πρακτικές. Αναμφισβήτητα υπάρχουν άνθρωποι που όχι μόνο επιβιώνουν ως ένα σημαντικό βαθμό άθικτοι, από απάνθρωπες και σκληρές συνθήκες που έχουν υποστεί, αλλά, επιπλέον, έχουν ενισχυθεί από την ιδιαίτερη έκθεσή τους στην αντιξοότητα. Αυτό συμβαίνει για το λόγο που αυτή η απόκριση έχει οριστεί «αντιξοότητες που ενεργοποιούν την ανάπτυξη» (Παπαδόπουλος, 2004). Αυτή αναφέρεται στις θετικές εξελίξεις που είναι άμεσο αποτέλεσμα της έκθεσης σε αντιξοότητες. Υπάρχουν ατελείωτες αναφορές των ατόμων και των ομάδων που βρήκαν νόημα στον πόνο τους και ήταν σε θέση να μετατρέπουν τις εμπειρίες τους με θετικό τρόπο, να εξεύρουν νέα δύναμη και να βιώσουν μεταμορφωτική ανανέωση. Οι αναφορές αυτές δεν είναι μόνο κίνηση των ανθρώπινων μαρτυριών, αλλά αμφισβητούν επίσης το κοινωνικό διάλογο για το τραύμα και τη τάση να ιατροκοπούν και να παθολογικοποιούν τον ανθρώπινο πόνο. Οι αναφορές αυτές παρέχουν επίσης συγκεκριμένα αποδεικτικά στοιχεία για την ενεργοποίηση της διαγραφής των προηγούμενων προτεραιοτήτων ζωής και η παροχή μιας καθαρής πλάκας για να ξεκινήσει μια νέα ζωή. Σε σχέση με τους πρόσφυγες, αυτό το είδος της αντίδρασης δημιουργεί αδέξια ηθικά διλήμματα και πολυπλοκότητα επειδή κάποιος σίγουρα δεν επιθυμεί να επικεντρωθεί στα θετικά αποτελέσματα των ποταπών πράξεων της πολιτικής βίας. Παρ' όλα αυτά, κάποιος πρέπει να γνωρίζει ότι τέτοια θετικά αποτελέσματα είναι πιθανά. Ο μετασχηματισμός αντιξοοτήτων σε θετική εξέλιξη είναι ένα φαινόμενο που πάντα ήταν γνωστό στους ανθρώπους (Affleck και Tennen, 1996).

Ο Frankl (1959), χρησιμοποιώντας τις προσωπικές του εμπειρίες όντας έγκλειστος σε στρατόπεδο συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκόσμιου Πόλεμου, έδειξε πως το να δώσεις νόημα στον πόνο μπορεί να μετασχηματιστικό. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η βιβλιογραφία του τραύματος βίωσε μια εισροή αυτών των ιδεών που, χρησιμοποιώντας διαφορετικές ορολογίες, που εξετάζουν κάποιες θετικές χρήσεις των αντιξοοτήτων. Αυτές περιλαμβάνουν τους όρους, όπως το άγχος που σχετίζεται με την ανάπτυξης, η κρίση που σχετίζονται με την ανάπτυξη, η ανάπτυξη μέσα από τις αντιξοότητες, η μετατραυματική ανάπτυξη, θετικός

μετασχηματισμός μετά το τραύμα, και ο θετικός μετασχηματισμός του πόνου (Folkman, 1997)

Τα χαρακτηριστικά των αντιξοοτήτων που ενεργοποιούν την ανάπτυξη (Frankl, 1959), έχουν ως εξής:

- Οι αντιξοότητες εκθέτουν τα όρια: όταν υπάρχουν αντιξοότητες, ωθούν τους ανθρώπους στο τέλος των δικών τους σχεδίων. Συνήθως οι άνθρωποι αισθάνονται ότι οι ζωές τους έχουν λήξει και δεν ξέρουν πώς να προχωρήσουν. Η επίτευξη των ορίων, που έχουν βιωθεί ως ένα τέλος, μπορεί να ανοίξει νέους ορίζοντες πέρα από εκείνους που έχει ήδη προγραμματίσει ή φανταστεί. Νέες αντιλήψεις προκύπτουν για τον εαυτό τους (της ταυτότητας του ατόμου), των σχέσεων του ατόμου, και, τελικά, το νόημα και το σκοπό της ζωής.
- Μια νέα επιστημολογία (νέα θεωρία της γνώσης), προκύπτει: το συνολικό ποσό όλων των νέων αντιλήψεων οδηγεί στην απόκτηση ενός νέου τρόπου κατανόησης, συζήτησης και σχέσης, που ισοδυναμεί με μια νέα επιστημολογία.

3.2.3. Ουδέτερες επιπτώσεις ψυχολογικού τραύματος

Η τρίτη δυνατή απόκριση στην πολιτική βία είναι η ανθεκτικότητα. Ένα άτομο είναι πιο ανθεκτικό εάν αυτός ή αυτή εξασφαλίζει μια συνεργατική και αμοιβαία υποστήριξη με τους άλλους. Το κύριο θέμα της προσαρμοστικότητας παραμένει ότι παρά την πιο καταστροφική φύση των γεγονότων που αντιμετωπίζουν τα άτομα, δεν συνθλίβονται από αυτά.. Στην πραγματικότητα, η πλειοψηφία των ατόμων δεν απαιτούν επαγγελματική φροντίδα, διότι πολλές από τις υγιείς λειτουργίες τους παραμένουν ανέπαφες και δεν επηρεάζονται από την καταστροφή (δηλαδή, είναι ανθεκτικοί στην αλλαγή - είτε αρνητικά ή θετικά) (Lyubomirsky, 2001).

3.3. Το περιπλεγμένο Τραύμα

Για τις ψυχολογικές αποκρίσεις των προσφύγων, είναι επιτακτική ανάγκη να ειπωθεί το σύνολο των εμπειριών του κάθε ατόμου και, επίσης, να λαμβάνεται υπόψη το πώς αυτές σχετίζονται με το ευρύτερο δίκτυο των μεταξύ τους σχέσεων, το παρελθόν και το παρόν, το καλό και το κακό, το

θετικό, το αρνητικό και το ουδέτερο. Εν ολίγοις, όλες τις συνέπειες της έκθεσής τους στο τραύμα. Για το λόγο αυτό επινοήθηκε το περιπλεγμένο τραύμα (Παπαδόπουλος, 2004), προκειμένου να προσδιοριστούν, οι διάφορες συνέπειες μιας τραυματικής εμπειρίας, τόσο οι πραγματικές όσο και οι πιθανές.

Ουσιαστικά, το περιπλεγμένο τραύμα βοηθά για να μας θυμίζει ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις μεγάλες κατηγορίες των αποκρίσεων σε μια τραυματική εμπειρία και όχι απλά ένα παθολογικό τραύμα σε μια απομονωμένη μορφή. Μια επιπλέον χρήσιμη λειτουργία του περιπλεγμένου τραύματος είναι να μας βοηθήσει να εκτιμήσουμε ότι μπορεί να υπάρχουν πολλές διαφορετικές επιπτώσεις ταυτόχρονα (καθώς και διαδοχικά), σε διαφορετικά επίπεδα. Με το να έχουν επίγνωση αυτού του συνόλου, οι θεραπευτές έχουν περισσότερες δυνατότητες να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες του τραύματος πιο σωστά (Παπαδόπουλος, 2004).

3.4. Ο πολιτισμός και η σημασία του στη βίωση του μετατραυματικού στρες των μεταναστών

Η μετανάστευση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία των προσφύγων, σαν αποτέλεσμα πλήθους αιτιών όπως είναι οι κοινωνικές, οικονομικές, ψυχολογικές, φυσικές και πολιτισμικές συνθήκες που επικρατούν στη χώρα υποδοχής, ειδικά όταν πρόκειται για ευάλωτα άτομα. Άλλωστε, η διαδικασία της μετανάστευσης αυτή καθαυτή είναι στρεσογόνα και συμβάλλει σε αυτή τη διαδικασία.

Η διαδικασία της μετανάστευσης μπορεί να χωριστεί σε τρία στάδια (Rack, 1982):

- Στάδιο προ-μετανάστευσης: περιλαμβάνει την απόφαση για τη μετανάστευση και την προετοιμασία για αυτή τη μετακίνηση
- Στάδιο μετανάστευσης: η αλλαγή από το ένα μέρος στο άλλο
- Στάδιο μετα-μετανάστευσης: ορίζεται ως η προσαρμογή του μετανάστη στο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό και πολιτιστικό πλαίσιο της νέας κοινωνίας.

Επιπρόσθετα, το πένθος για την απώλεια, μπορεί να θεωρηθεί ως μια υγιής αντίδραση και μια φυσική συνέπεια της διαδικασίας της μετανάστευσης.

Παρολ' αυτά, αν τα συμπτώματα προκαλούν συγκεκριμένη θλίψη ή βλάβη, και διαρκούν για συγκεκριμένη χρονική περίοδο, τότε μπορεί να χρειαστεί ψυχιατρική παρέμβαση.

Το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο έρχεται ο μετανάστης, διαδραματίζει έναν από τους βασικότερους παράγοντες για την εναρμόνισή του ή όχι στα νέα δεδομένα. Πολλοί μετανάστες, όταν βρίσκονται στο τρίτο στάδιο της μετανάστευσής τους, υποβάλλονται οι ίδιοι στη διαδικασία της σύγκρισης, του δικού τους πολιτισμού, με τον πολιτισμό της χώρας υποδοχής. Η σύγκριση αυτή γίνεται σε όλα τα πλαίσια της νέας κοινωνίας που αναφέρθηκαν παραπάνω. Για ορισμένους, οι συνθήκες τις οποίες αντικρίζουν είναι θετικές, για ορισμένους αρνητικές (Rack, 1982).

Η κοινωνική υποστήριξη, τα κοινωνικά δίκτυα αλλά και η στάση της νέας κοινωνίας για το θέμα των μεταναστών και της μετανάστευσης, επηρεάζει την ψυχολογική τους κατάσταση. Η ικανότητα ενός ανθρώπου να επικοινωνεί με εκείνους που είναι από διαφορετικό πολιτισμό, λεκτικά και μη λεκτικά, δημιουργεί την αίσθηση του ανήκειν (Bhugra, 2011). Πολλές φορές όμως, η μετάβαση αλλά και η ισορροπία ανάμεσα στους δύο πολιτισμούς είναι πολύ δύσκολη, ειδικά για τα άτομα που βρίσκονται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση, με αποτέλεσμα η ένταξη τους στη νέα κοινωνία να γίνει με πιο αργούς ρυθμούς ή και καθόλου.

4. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΡΕΣ (PTSD)

4.1. Ιστορική αναδρομή του τραύματος

Ήδη από την αρχαιότητα, οι άνθρωποι βιώνουν τραυματικές εμπειρίες όπως φυσικές καταστροφές, ασθένειες, πολέμους, απώλειες θανάτου και άλλα παρόμοια γεγονότα και προσπαθούν με διάφορους τρόπους να δώσουν εξηγήσεις και να βρουν ψυχικές διεξόδους και ανακούφιση.

Στα τέλη του 17^{ου} αιώνα, η εμφάνιση του κινήματος του Ευρωπαϊκού Διαφωτισμού συνέβαλε στην ανάπτυξη της επιστήμης της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής. Οι προβληματισμοί για τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος ήδη ξεκίνησαν από πολύ παλιά συστηματικοποιήθηκαν και εδραιώθηκαν όμως με την ανάδειξη των δύο αυτών επιστημονικών κλάδων.

Οι πρώτες απόπειρες μελέτης και κατάταξης του ψυχικού τραύματος ως διαταραχή, έγιναν στα τέλη του 19^{ου} αιώνα (Herman et al, 1992), από τον Jean Martin Charcot, τον Sigmund Freud και τον Pierre Janet. Οι τρεις επιστήμονες με πρωτοπόρο τον Charcot, θεώρησαν ότι τα συμπτώματα που εκδηλώνονται μετά από ένα έντονο τραυματικό γεγονός, οφείλονται στη διαταραχή της “υστερίας”. Πιο συγκεκριμένα, ο Freud υποστήριξε ότι τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο, είναι οι αναπαραστάσεις του ψυχικού τραύματος που έχουν διαγραφεί από την μνήμη (Herman et al., 1992). Η αντίληψη ότι η υστερία προκύπτει από το τραύμα, αποδοκιμάστηκε το 1896 με την δημοσίευση του έργου “Αιτιολογία της Υστερίας” του Sigmund Freud. Έπειτα από αναθεωρήσεις και αλλαγές στο μοντέλο του τραύματος, ο Freud καταλήγει στο συμπέρασμα ότι “τα νευρωτικά συμπτώματα έχουν τις ρίζες τους σε φαντασιωτικές επιθυμίες του παιδιού παρά σε πραγματικά γεγονότα αποπλάνησης των γονιών ή άλλων, το οποίο οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το τραύμα δε συνέβει ποτέ” (Miller, 1984).

Μερικά χρόνια μετά, το ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος εμφανίζεται για ακόμη μια φορά με αφορμή τις φρικαλεότητες του Α' και Β' παγκοσμίου πολέμου. Η φρίκη και τις συνθήκες του πολέμου έχουν ως αποτέλεσμα οι στρατιώτες να αρχίζουν να καταρρέουν, να χάνουν την μνήμη τους και να μην αναγνωρίζουν τον ίδιο τους τον εαυτό (Herman et al., 1992). Χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι για να περιγράψουν τα συμπτώματα των στρατιωτών, όπως “νεύρωση του πολέμου”, “σοκ των οβίδων”, “κόπωση της μάχης” (Αλεβίζος, 2008).

Το 1941 έγινε μια κλινική και θεωρητική μελέτη για το τραύμα του πολέμου από τον Αμερικανό ψυχίατρο Abram Kardiner, ο οποίος συνέβαλε όσο κανείς άλλος στην διαμόρφωση του ορισμού του μετατραυματικού

στρες. Εισήγαγε τον όρο “φυσιονεύρωση”, τα συμπτώματα της οποίας ήταν αρκετά παρόμοια με της PTSD (Post-traumatic stress disorder) (Βεντουράτου, 2009).

Για αρκετό καιρό, δεν ξανα υπήρξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ψυχολογική κατάσταση των στρατιωτών, μέχρι την έναρξη του πολέμου στο Βιετνάμ το 1955 (Herman et al., 1992). Κινητοποιήσεις βετεράνων κατά του πολέμου (Rap Groups) οδήγησαν στην έναρξη ψυχιατρικών έρευνών με σκοπό την ανακούφιση των στρατιωτών. Η επιθυμία και η επιμονή των ερευνητών να προσφέρουν ανακούφιση στους βετεράνους στρατιώτες και να γίνει αναγνώριση των συνεπειών του πολέμου βοήθησε στο να συμπεριληφθεί για πρώτη φορά στο επίσημο εγχειρίδιο του Α.Ρ.Α (American Psychiatric Association) το 1980 μια νέα κατηγορία που ονομάστηκε “Σύνδρομο Μετατραυματικού Στρες” και χαρακτηρίστηκε ως μια διαταραχή ακραίου στρες όπως η εμπειρία του πολέμου (Valent P. 1980).

4.2. Ορισμός του άγχους

Ως άγχος, ορίζουμε μια κατάσταση που σχετίζεται με έντονα συναισθήματα φόβου, τα οποία συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, εφίδρωση, δυσκολία στην αναπνοή καθώς και γνωσιακές δυσλειτουργίες όπως νευρικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης και παραμόρφωση της αντίληψης. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα το οποίο διεγείρεται, προκαλεί τα παραπάνω συμπτώματα ως αντίδραση σε μια άγνωστη, ασαφή απειλή. Σύμφωνα με το DSM-5 ορίζονται 11 διαγνωστικοί τύποι αγχωδών διαταραχών. (Sadock et al., 2007)

4.3. Ορισμός της διαταραχής του μετατραυματικού στρες

“Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες αποτελεί μια ακραία αντίδραση σε ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα. Χαρακτηρίζεται από αυξημένο άγχος, αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με την τραυματική εμπειρία και ένα γενικό “μούδιασμα” των συναισθηματικών αντιδράσεων . Όπως και άλλες διαταραχές στο DSM, η PTSD ορίζεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων αλλά, σε αντίθεση με άλλες διαταραχές, το απαραίτητο κριτήριο για τη διάγνωση της είναι η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός. Το άτομο πρέπει να έχει βιώσει ή να έχει υπάρξει μάρτυρας ενός γεγονότος που σχετίζεται με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων ανθρώπων. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να του είχε προκαλέσει έντονο φόβο φρίκη ή την αίσθηση αβοηθησίας” (Kring et al., 2010).

4.4. Επιδημιολογία

Τα διαθέσιμα επιδημιολογικά στοιχεία για την διαταραχή του μετατραυματικού στρες, μέχρι σήμερα, προέρχονται κυρίως από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α.

Μια έρευνα του NSC-R (Network Startup Resource Center) που πραγματοποιήθηκε σε ενήλικες Αμερικανούς, έδειξε ότι το 6,8% πάσχει από ΔΜΣ. Ο επιπολασμός της ΔΜΣ που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Φεβρουαρίου 2001-2003 στις Η.Π.Α, περιλάμβανε συνεντεύξεις με ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 9,282 Αμερικανών ηλικίας 18 συν άνω. “Το NCS-R εκτιμά ότι η επικράτηση της PTSD στους άνδρες ήταν 3,6% και στις γυναίκες 9,7%. Είναι σαφές ότι το PTSD εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες”. Οι άνδρες γενικά βιώνουν μεγαλύτερο αριθμό ψυχοτραυματικών γεγονότων στην ζωή τους, ωστόσο οι γυναίκες έχουν πιο σοβαρές ψυχοτραυματικές εμπειρίες. Ο βιασμός συνδέεται με τα υψηλότερα ποσοστά PTSD, ενώ άλλα τραυματικά γεγονότα που συνδέονται με υψηλά ποσοστά είναι η έκθεση σε μάχη, η παραμέληση παιδιού, η σωματική κακοποίηση και η σεξουαλική παρενόχληση. Συγκριτικά χαμηλά ποσοστά PTSD υπήρχαν σε ατυχήματα, μαρτυρίες φόνου ή σοβαρού και σε πυρκαγιές ή φυσικές καταστροφές (*Epidemiology Facts of Ptsd, US Department of Veterans Affairs, <https://www.ptsd.va.gov/professional/PTSD-overview/epidemiological-facts-ptsd.asp>, τελευταία προσπέλαση Μάρτιος 30, 2017*).

4.5. Αιτιολογία της διαταραχής μετά από τραυματικό στρες

Η αιτιολογία για την PTSD δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως ούτε υπάρχει μια κοινώς αποδεκτή θεωρία . Για την καλύτερη κατανόησή της θα πρέπει να ληφθούν υπόψη χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το ίδιο το τραύμα, καθώς και ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες.

4.5.1. Παράγοντες που σχετίζονται με την φύση του τραύματος

Όπως προαναφέρθηκε, απαραίτητη προϋπόθεση για την διάγνωση της διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι η ύπαρξη ενός τραυματικού γεγονότος. Ωστόσο, η ύπαρξη του τραυματικού παράγοντα μπορεί να αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την εμφάνιση της διαταραχής, όμως δεν είναι απαραίτητο ότι το άτομο που θα βιώσει το τραύμα θα πάσχει από αυτή. Η σοβαρότητα του τραύματος επηρεάζει το κατά πόσο το άτομο θα εμφανίσει ή όχι PTSD.

Μελέτες δείχνουν ότι η πλειονότητα των ατόμων που εκτέθηκαν σε σοβαρά τραύματα όπως αιχμάλωτοι και επιζώντες πολέμου, θύματα βασανιστηρίων και θύματα βιασμού, είναι περισσότερο ευάλωτοι στο να αναπτύξουν PTSD. Έρευνα που έγινε σε Αμερικάνους στρατιώτες που τραυματίστηκαν στον πόλεμο του Βιετνάμ, έδειξε ότι το 70% εμφάνισε διαταραχή μετατραυματικού στρες. Μεταξύ των μαθητών που εκτέθηκαν σε επίθεση από ελεύθερους σκοπευτές, το 58% πληρούσε τα κριτήρια για την εμφάνιση της διαταραχής. Ποσοστά επίσης από 59% έως 66% αναφέρθηκαν μεταξύ των θυμάτων εγκλήματος, τα οποία εκτέθηκαν σε απειλές θανάτου ή τραυματισμού (Kring et al., 2010). Επομένως, τα άτομα που εκτίθενται σε σοβαρά τραυματικά γεγονότα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν PTSD.

4.5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Συμπεριφορά αποφυγής:

Σύμφωνα με την θεωρία του Ivan Pavlov για την κλασική ή εξαρτημένη μάθηση (η οποία εφαρμόζεται στην PTSD), τα ερεθίσματα τα οποία ήταν παρόντα την στιγμή μια τραυματικής εμπειρίας π. χ το αυτοκίνητο που συγκρούστηκε σε ένα ατύχημα (ανεξάρτητο ερέθισμα), σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα π. χ φόβος θανάτου την στιγμή του ατυχήματος (εξαρτημένο ερέθισμα). Ως φυσική αντίδραση, το άτομο μετά το συμβάν θα προσπαθήσει να αποφύγει τα αρνητικά αυτά ερεθίσματα, ώστε να μην υπάρξει κανένα συναίσθημα που να του θυμίζει το τραυματικό γεγονός. Η συμπεριφορά της αποφυγής, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να απαλύνει τον πόνο του προσωρινά, μακροπρόθεσμα όμως θα έχει αρνητικές συνέπειες στο ίδιο, καθώς η αποφυγή θα αποτρέψει την εξάλειψη των εξαρτημένων αντιδράσεων φόβου και το πρόβλημα θα παραμείνει (Celter et al. 2007).

Η αντίληψη του ατόμου για το τραύμα:

Η βίωση ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και αλλαγή στον τρόπο σκέψης του ατόμου. Ο τρόπος που το άτομο θα αξιολογήσει ένα τραυματικό γεγονός παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της διαταραχής. Υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να αντιμετωπίσουν μια τραυματική εμπειρία ως ένα παρελθοντικό γεγονός χρονικά περιορισμένο, το οποίο δεν θα έχει απαραίτητα αρνητικές συνέπειες στο μέλλον. Ο τρόπος διαχείρισης του τραύματος στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα βοηθήσει το άτομο ώστε να αναρρώσει γρηγορότερα. Υπάρχουν άνθρωποι όμως που προχωρούν σε αρνητική αποτίμηση του γεγονότος, με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην διαταραχή. Για παράδειγμα, όταν οι

εκτιμήσεις αφορούν υπαιτιότητα, τότε το άτομο θα κατακλυστεί με αισθήματα ενοχής. Όταν το άτομο έχει έντονη αίσθηση κινδύνου και εγρήγορση οδηγείται σε αισθήματα φόβου και πανικού. Αυτός ο τρόπος αξιολόγησης διαφόρων καταστάσεων καταλήγει σε υπερφόρτωση αρνητικών συναισθημάτων για το άτομο και αυξάνει την πιθανότητα της εμφάνισης των συμπτωμάτων (Celter et al., 2007).

Αναμνήσεις του τραύματος:

Συνήθως, οι αναμνήσεις που έχει ένας άνθρωπος από μια εμπειρία οργανώνονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να υπάρχει μια ισορροπία στην συναισθηματική αναβίωση ενός γεγονότος. Στην περίπτωση της PTSD, υπάρχει μια δυσκολία σύνδεσης της μνήμης του γεγονότος με το πραγματικό περιεχόμενο. Ως εκ τούτου, ερεθίσματα τα οποία μπορεί να είναι παρόμοια με αυτά που βίωσε το άτομο κατά την διάρκεια του τραυματικού γεγονότος, μπορεί να πυροδοτήσουν έντονη συναισθηματική σύγχυση. Αυτά τα ελλείμματα στην μνήμη, επηρεάζουν γενικότερα την οργάνωση των αναμνήσεων του ατόμου και οδηγούν σε έντονες αντιδράσεις στρες ακόμα και με απλά ουδέτερα ερεθίσματα (Celter et al., 2007).

4.5.3. Βιολογικοί παράγοντες

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί ότι διάφοροι νευρολογικοί παράγοντες μπορούν να αυξήσουν τις αντιδράσεις των ατόμων στα ψυχοπιεστικά ερεθίσματα.

Δεν είναι ακόμα γνωστό εάν η ελάττωση του όγκου του ιπποκάμπου είναι δείκτης προϋπάρχουσας ευαισθησίας στο στρες, μια δομική συνέπεια στρες ή και τα δύο. Η ελάττωση του όγκου του ιπποκάμπου έχει παρατηρηθεί σε ενήλικες με PTSD συνδεδεμένη με κακοποίηση, αλλά όχι σε παιδιά με PTSD συνδεδεμένη με κακοποίηση. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η PTSD είναι μια συνέπεια του στρες, που εμφανίζεται με την πάροδο του χρόνου. Απο την άλλη πλευρά, μια μελέτη σε διδύμους με ΔΜΣ συνδεδεμένη με τον πόλεμο υποδηλώνει ότι ο μικρότερος όγκος του ιπποκάμπου μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη της PTSD (Stahl et al., 2010).

Τα άτομα με PTSD, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης συγκριτικά με τραυματισμένα άτομα τα οποία δεν εμφανίζουν την διαταραχή. Η κορτιζόλη είναι μια στεροειδής ορμόνη, η οποία συντίθεται στο φλοιό των επινεφριδίων και σε καταστάσεις στρες απελευθερώνεται ώστε να βοηθήσει το σώμα να ανταποκριθεί καταλλήλως. Ο λόγος που τα άτομα με PTSD δεν

εμφανίζουν υψηλά επίπεδα της ορμόνης δεδομένου ότι πρόκειται για μια διαταραχή στρες, είναι ότι υπάρχει απορρύθμιση στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, με αποτέλεσμα την αυξημένη αρνητική ανάδραση. Το νοραδρενεργικό σύστημα παρουσιάζει επίσης νευρολογικές δυσλειτουργίες στα άτομα με PTSD. Ο ρόλος του συστήματος είναι να ενεργοποιεί την αντίδραση της ετοιμότητας και να αυξάνει την προσοχή σε καταστάσεις φόβου και έντονου άγχους. Στην περίπτωση της ΔΜΣ παρουσιάζεται μια απορρύθμιση των νευροδιαβιβαστών, η οποία οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα νοραδρεναλίνης, με αποτέλεσμα την αύξηση των συμπτωμάτων υπερδιέγερσης και αναβίωσης. Οι σεροτονινεργικοί διαβιβαστές έχουν επίσης ενοχοποιηθεί για τον μηχανισμό εμφάνισης της PTSD καθώς και τα αυξημένα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών (Celter et al., 2007).

4.6. Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-5

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

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

1. Να βιώνει το άτομο απευθείας το τραυματικό γεγονός.
2. Να είναι αυτόπτης μάρτυρας του γεγονότος όταν συμβαίνει σε τρίτους.
3. Να μαθαίνει ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε κοντινό οικογενειακό μέλος ή σε έναν κοντινό φίλο. Σε περιπτώσεις πραγματικού ή επαπειλούμενου θανάτου ενός συγγενικού μέλους ή ενός φίλου τα γεγονότα πρέπει να ήταν τυχαία ή βίαια.
4. Να βιώνει επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απωθητικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (π.χ οι υπεύθυνοι συλλογής ανθρώπινων σωμάτων: αρχηγοί ή υπεύθυνη της αστυνομίας που εκτέθηκαν επανειλημένα σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης).

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

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

2. Επαναλαμβανόμενα αγχωτικά όνειρα των οποίων το περιεχόμενο ή η επίδραση του ονείρου είναι συνδεδεμένα με το τραυματικό γεγονός.
3. Αποσυνδεδετικά επεισόδια αναβιώσεων (flashbacks), στα οποία το άτομο νιώθει να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός. (π.χ τέτοιες αντιδράσεις μπορούν να συμβούν σε ένα συνεχές διάστημα κατά το οποίο ή πιο ακραία αντίδραση είναι η πλήρης απώλεια της επίγνωσης του τωρινού περιβάλλοντος).
4. Έντονη ή διαρκής ψυχολογική φθορά σε έκθεση εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων που συμβολίζουν ή προσομοιάζουν σε κάποια έκφραση του τραυματικού γεγονότος.
5. Σωματικές αντιδράσεις σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή προσομοιάζουν στο τραυματικό γεγονός.

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

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

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

1. Ανικανότητα να θυμηθεί το άτομο μια σημαντική έκφραση του τραυματικού γεγονότος τυπικά λόγω διασχιστικής αμνησίας και όχι λόγω άλλων παραγόντων (π.χ τραυματισμός στο κεφάλι, αλκοόλ ή ναρκωτικά).
2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις και προσδοκίες από τον εαυτό του, από τρίτους ή από τον κόσμο (π.χ είμαι κακός, κανείς δεν είναι έμπιστος, ο κόσμος είναι ένα εντελώς επικίνδυνο μέρος, ολόκληρο το νευρικό μου σύστημα είναι οριστικά κατεστραμμένο).
3. Επίμονα διαστρεβλωμένα γνωστικά σχήματα που αφορούν την αιτία ή τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος και οδηγούν το άτομο στο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τρίτους.

4. Συνεχόμενη αρνητική συναισθηματική διάθεση (πχ φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή ή ντροπή).
5. Απώλεια του ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε δραστηριότητες που προηγούμενος το άτομο θεωρούσε ενδιαφέροντες.
6. Συναισθήματα αποσυσχέτισης ή αποξένωσης από τους άλλους.
7. Επίμονη, συνεχόμενη ανικανότητα να βιώσει το άτομο θετικά συναισθήματα (πχ ευτυχία, ικανοποίηση ή αισθήματα αγάπης).

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

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

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

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

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

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι:

Όσον αφορά τα συμπτώματα αποσυσχέτισης: τα συμπτώματα του ατόμου πληρούν τα κριτήρια για την διαταραχή μετατραυματικού stress και

επιπροσθέτως ως αντίδραση στο αγχωτικό ερέθισμα, το άτομο βιώνει συνεχή επαναλαμβανόμενα συμπτώματα, έστω από ένα από τα δυο παρακάτω:

1. Αποπροσωποποίηση: Συνεχής επαναλαμβανόμενη αίσθηση στο να νιώθει το άτομο αποκομμένο από το περιβάλλον σα να ήταν ένας εξωτερικός παρατηρητής και σα να είναι αποκομμένο από τις πνευματικές και σωματικές διεργασίες (π.χ όπως νιώθει όταν είναι σε όνειρο: νιώθει ότι υπάρχει μια αίσθηση του μη πραγματικού στο σώμα και στο πνεύμα του, ή να έχει μια αίσθηση ότι ο χρόνος κυλάει πολύ αργά).
2. Αποπραγματοποίηση: Συνεχής επαναλαμβανόμενη αίσθηση του ατόμου, ότι το περιβάλλον του είναι μη πραγματικό (π.χ νιώθει ότι ο κόσμος γύρω του βιώνετε σα μη αληθινός, σαν ένα όνειρο, σαν απόμακρος από αυτόν ή σαν αλλοιωμένος).

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

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

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

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

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

4.7. Προδιαθεσικοί παράγοντες

Κατά τον Αλεβίζο (2008), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της διαταραχής είναι:

1. Ένα ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών ή προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (ειδικά σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση)
2. ο νευρωτισμός, ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, ο οποίος καθιστά το άτομο ιδιαίτερα ευαίσθητο στο περιβαλλοντικό στρες.
3. Οι προηγούμενες εκθέσεις σε ψυχοτραυματικά γεγονότα.

4.8. Συννόσηση

Η συννόσηση αναφέρεται στην συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαταραχών. Τα άτομα που πάσχουν από μια αγχώδη διαταραχή, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και μια δεύτερη κατά την διάρκεια της ζωής τους. Είναι δυνατόν επίσης να συνυπάρχουν μαζί με την αγχώδη διαταραχή, συμπτώματα άλλων διαταραχών τα οποία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση τους. Για παράδειγμα, πάνω από το 80% των ατόμων με διάγνωση μια αγχώδους διαταραχής, εκτός της διαταραχής πανικού, βιώνει επίσης προσβολές πανικού. Αυτό συμβαίνει για δύο λόγους:

Πρώτον, σε πολλές διαταραχές υπάρχει επικάλυψη συμπτωμάτων. Αυτό σημαίνει ότι οι ενδείξεις για μια διαταραχή μπορεί να αποτελούν ενδείξεις για μια άλλη.

Δεύτερον, ορισμένα νευροβιολογικά χαρακτηριστικά ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, μπορεί να σχετίζονται με την πιθανότητα εμφάνισης παραπάνω από μιας διαταραχής (Kring et al., 2010).

Η PTSD εμφανίζει συννόσηση με αγχώδεις διαταραχές όπως διαταραχή πανικού, με συναισθηματικές διαταραχές όπως μείζων κατάθλιψη και με κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών ή αλκοόλ. Αναφέρεται χαρακτηριστικά η μελέτη των Kessler et al., που δημοσιεύτηκε στην σελίδα του Εθνικού Κέντρου Βιοτεχνολογικής Πληροφόρησης των ΗΠΑ (NCBI) το 1995, όπου το 88% των ανδρών και το 78% των γυναικών με PTSD εμφάνισαν ακόμα μια διαταραχή.

Ένας προβληματισμός είναι, αν η PTSD αποτελεί πρωτογενή ή δευτερογενή διάγνωση σε σχέση με τις συνυπάρχουσες. Οι αναδρομικές μελέτες που έγιναν από τους Kessler et al. έδειξαν ότι ή μετατραυματική αγχώδης διαταραχή αποτελούσε πρωτοπαθή διαταραχή στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ως προς συνυπάρχουσες διαταραχές του συναισθήματος ή κατάχρησης ουσιών και ότι η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή ήταν

πρωτοπαθής σε σχέση με συνυπάρχουσες αγχώδεις διαταραχές στο ήμισυ των περιπτώσεων (Celter et al., 2007).

4.9. Θεραπεία

4.9.1. Ψυχολογική θεραπεία

Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους. Κατά τον πρώτο, ο ασθενής καλείται να κάνει αναδρομή στο συμβάν που του προκάλεσε το τραύμα, και να βιώσει τα συναισθήματα που θα πυροδοτηθούν την στιγμή εκείνη. Η αναδρομή επαναλαμβάνεται μέχρι η αναβίωση να μη προκαλεί στο άτομο έντονη καταπόνηση.

Ο δεύτερος τρόπος περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του τραύματος μέσω της φυσικής παρουσίας του ατόμου, στον χώρο του τραυματικού γεγονότος. Για παράδειγμα, αν το άτομο βίωσε μια τραυματική εμπειρία την στιγμή ενός αυτοκινητιστικού ατυχήματος, καλείται μέσω της θεραπείας να βρεθεί στο σημείο εκείνο που συνέβη το γεγονός. Με τον τρόπο αυτό, οι ασθενείς εξοικειώνονται με τις συνθήκες του τραύματος και σταματούν να θεωρούν ως πιθανό το ενδεχόμενο ότι θα ξανασυμβεί κάθε φορά που παρευρίσκονται στο σημείο του συμβάντος.

Η θεραπεία θεωρείται ψυχοφθόρα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή, καθώς υπάρχει έντονη συναισθηματική φόρτιση λόγω της έμμεσης ή άμεσης επαφής με το συμβάν. Δε θεωρείται κατάλληλη σε ασθενείς που ήταν δράστες ενός γεγονότος ή σε ασθενείς επιζώντες από περίπλοκα τραυματικά γεγονότα όπως οι πολέμοι ή τα βασανιστήρια (Celter et al. 2007).

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Όπως προαναφέρθηκε στην αιτιολογία της PTSD, το τραύμα προκαλεί μια σύγχυση και επηρεάζει την αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και το περιβάλλον.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία καθιστά το άτομο ικανό να μπορεί να αξιολογήσει ξανά το τραυματικό γεγονός προσφέροντας του παράλληλα την δυνατότητα να διαχειριστεί στρεσογόνες και πιεστικές καταστάσεις, μέσω της αναδόμησης των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων των ασθενών για το τραύμα. (Celter et al., 2007).

Συμβουλευτική θεραπεία (έλεγχος άγχους)

Στόχος της θεραπείας είναι να μπορεί ο ασθενής να ελέγχει το έντονο άγχος, μέσω ασκήσεων χαλάρωσης και διακοπής των μη επιθυμητών σκέψεων καθώς και μέσω ασκήσεων αισιοδοξίας και θετικής σκέψης. Η θεραπεία είναι λιγότερο αποτελεσματική από την θεραπεία της έκθεσης αλλά και την γνωσιακή θεραπεία (Celter et al. 2007).

4.9.2. Φαρμακευτική θεραπεία

Φάρμακα Πρώτης Επιλογής : Οι φαρμακευτικές θεραπείες πρώτης επιλογής για την ΔΜΣ δρουν κυρίως στο σεροτονινεργικό και, σε μικρότερη έκταση, στο νοραδρενεργικό σύστημα. Είναι:

1. **Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης**: Οι SSRI's (σερταρλίνη , φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) έχουν αποτελεσματική δράση για την αντιμετώπιση της ΔΜΣ καθώς αναστέλλουν συμπτώματα όπως αποφυγή, μούδιασμα και υπερδιέγερσης (Celter et al., 2007).

Δόσολογία

Σερταρλίνη: Σκευάσματα: διχτομοούμενα δισκία των 20, 50 mg, δισκία των 100 mg, διάλυμα: 20 mg/mL. Δοσολογικό εύρος: 5-200 mg/ημέρα

Φλουβοξαμίνη: Σκευάσματα: IR δισκία 25 mg, διχτομοούμενα δισκία των 50 mg, διχτομοούμενα δισκία των 100 mg, CR κάψουλες: 100 mg, 150 mg. Δοσολογικό εύρος: 100-300 mg/ημέρα, για το άγχος

Φλουοξετίνη: Σκευάσματα: κάψουλες 10 mg, 20 mg, 40 mg, δισκία: 10 mg, διάλυμα 20 mg/5 mL, εβδομαδιαία κάψουλα 90 mg. Δοσολογικό εύρος 20-80 mg/ημέρα για το άγχος (Stahl et al., 2010)

2. **Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης**: Οι SNRI's (Βενλαφαξίνη, Δεσβενλαφαξίνη, Δουλοξετίνη, Μιλνασιπράνη

Δοσολογία

Βενλαφαξίνη: Κάψουλες 37.5 mg, 75 mg, 150 mg, δισκία XR: 37.5 mg, 75 mg, 150 mg, 225 mg, διχτομοούμενα δισκία IR: 25 mg, 37.5 mg, 75 mg, 100 mg. Δοσολογικό εύρος: 150-225 mg/ημέρα για το άγχος

Δεσβενλαφαξίνη: Δισκία: 50 mg, 100 mg. Δοσολογικό εύρος: 50-100 mg/ημέρα

Δουλοξετίνη: Κάψουλες 25 mg, 30 mg, 60 mg. Δοσολογικό εύρος: 60 mg/ημέρα για το άγχος

Μιλνασιπράνη: Κάψουλες: 15 mg, 25 mg, 50 mg, δισκία: 12.5 mg, 25 mg, 100 mg. Δοσολογικό εύρος: 30-200 mg/ημέρα σε 2 δόσεις (Stahl et al., 2010)

Φάρμακα Δεύτερης Επιλογής

Αντικαταθλιπτικά: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Αμιτριπυλίνη, Ιμιπραμίνη, Δεσιπραμίνη, Νορτριπυλίνη) που χρησιμοποιούνται για την μείωση των συμπτωμάτων, έχουν επιδείξει μέτρια αποτελεσματικότητα καθώς έχουν διάφορους ανεπιθύμητους μηχανισμούς. Έχουν κάποια αποτελεσματικότητα σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μετατραυματικής διαταραχής (Celter et al., 2007).

Δοσολογία:

Αμιτριπυλίνη: 50-150 mg/ημέρα

Ιμιπραμίνη: 50-150 mg/ημέρα

Δεσιπραμίνη: 100-200 mg/ημέρα

Νορτριπυλίνη: 50/150 mg/ημέρα

(Stahl et al., 2010)

Οι βενζοδιαζεπίνες: Τα συμπτώματα που καταστέλλονται με την χρήση των βενζοδιαζεπινών (Αλπραζολάμη, Κλοναζεπάμη, Διαζεπάμη, Λοραζεπάμη) είναι το άγχος, η αϋπνία και η υπερδιέγερση. Όπως με κάθε χρήση φαρμακευτικών ουσιών, η χορήγηση τους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή (Celter et al., 2007).

Δοσολογία:

Αλπραζολάμη: Δοσολογικό Εύρος: IR 1-6 mg/ημέρα σε 3 δόσεις, XR 3-6 mg/ημέρα

Κλοναζεπάμη: Δοσολογικό Εύρος: 0,5-2 mg/ημέρα

Διαζεπάμη: Δοσολογικό Εύρος: 4-40 mg/ημέρα σε 2-4 δόσεις

Λοραζεπάμη: Δοσολογικό Εύρος: 2-6 mg/ημέρα σε 2-3 δόσεις

(Stahl et al., 2010)

Γενικά, υποστηρίζεται ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και χρήσης φαρμακευτικών σκευασμάτων, είναι ο πιο κατάλληλος τρόπος για την αντιμετώπιση της PTSD.

4.10. Στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον όπου ανήκει το άτομο.

Η παροχή επαρκούς στήριξης και συναισθηματικής φροντίδας, βοηθούν στη μείωση του στρες και στην αύξηση της ικανότητας επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα ανάπτυξης της διαταραχής (Αλεβίζος, 2008).

4.11. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με PTSD έχουν στόχο τη μείωση του άγχους, την ανάπτυξη ικανότητας αναγνώρισης και πρόληψης του άγχους, την κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ άγχους και σωματικών συμπτωμάτων, την αποτελεσματική εφαρμογή των μηχανισμών άμυνας, τη λεκτική έκφραση των συναισθημάτων και την αναγνώριση των στρεσογόνων καταστάσεων (Κούκια, 2014).

Το βραχυπρόθεσμο επιθυμητό αποτέλεσμα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι ο ασθενής να ελέγχει την απόκριση του σε στρεσογόνες καταστάσεις που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός (Κούκια, 2014)

Για το σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ο/η νοσηλευτής/τρια πρέπει να υπολογίζει πάντα στα επιμέρους στοιχεία που αναδεικνύουν τη σχέση του ατόμου με το γεγονός, στη βαθύτερη ανάγκη του ατόμου να αποδώσει νόημα στο γεγονός, ώστε να το εντάξει στο αξιολογικό του σύστημα, να παρέχει πάντα υποστηρικτική βοήθεια, η οποία προσφέρει ασφάλεια, και να επιδιώκει την εφαρμογή αποτελεσματικών τεχνικών αντιμετώπισης, οι οποίες θα επιφέρουν ουσιαστική αλλαγή. (Κούκια, 2014)

Σύμφωνα με την Κούκια (2014) , οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να συμπεριληφθούν στο πλάνο φροντίδας του ασθενούς με PTSD είναι οι εξής:

- Καθορισμός εμπλοκής του ατόμου στο γεγονός (επιζώντας, μέλος ομάδας διάσωσης, συγγενής ή πρόσωπο αναφοράς κ.α.)
- Εκτίμησης παρούσας κατάστασης (συνθήκες διαβίωσης κ.α.)
- Εκτίμηση προηγούμενης εμπειρίας σε σχέση με το γεγονός και τεχνικές αντιμετώπισης που είχε χρησιμοποιήσει
- Εξακρίβωση επιπέδου υπευθυνότητας για το γεγονός, μέσα από τα λόγια του ατόμου (το άτομο ευθύνεται για την κατάσταση ή νιώθει υπεύθυνο χωρίς να είναι)
- Εκτίμηση των τωρινών τεχνικών αντιμετώπισης που έχει κινητοποιήσει το άτομο
- Εξακρίβωση υποστηρικτικού δικτύου και διαθεσιμότητας αυτού
- Αξιολόγηση προσωπικών απόψεων ατόμου για το γεγονός και της απόδοσης νοήματος στις ενέργειες του
- Εντοπισμός δυνάμεων και αδυναμιών , μαζί με τη συμμετοχή του ατόμου
- Διδασκαλία για τα συμπτώματα του μετατραυματικού συνδρόμου
- Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος
- Στάση νοσηλεύτη/τριας: υποστηρικτική και ανακουφιστική
- Ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων
- Εκτίμηση σημαντικών επιδράσεων στο άτομο (νυχτερινοί εφιάλτες, αποχωρισμός από την οικογένεια κ.α.)
- Βοήθεια στην υιοθέτηση τεχνικών διαχείρισης του στρες και διδασκαλία αποτελεσματικών τεχνικών αντιμετώπισης
- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

5. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

5.1. Ο ορισμός της ανθεκτικότητας

Η κατανόηση της φύσης της ανθεκτικότητας απαιτεί εννοιολογική σαφήνεια. Ποια είναι η ανθεκτικότητα και τι συνιστά την ανθεκτική συμπεριφορά; Αυτό το φαινομενικά απλό ερώτημα καταλήγει να είναι πολύ πολύπλοκο, ως ψυχολογική και συμπεριφορική διαδικασία. Υπάρχουν τουλάχιστον πέντε διαφορετικοί τρόποι που καθορίζουν την ανθρώπινη ανθεκτικότητα :

1. ο λεξιλογικός ορισμός της ανθεκτικότητας.
2. τα χαρακτηριστικά που την καθιστούν ως ψυχολογικό φαινόμενο, από άποψη βασικών διεργασιών αντίληψης, νόησης, κανονικών επιρροών και επεξεργασίας πληροφοριών.
3. ο τρόπος με τον οποίο καθορίζεται η ανθεκτική συμπεριφορά σε αντίξοες περιβαλλοντικές συνθήκες. Συγκεκριμένα, η ανθεκτικότητα μπορεί να αξιολογηθεί εστιάζοντας στην απόδοση ενός ατόμου υπό αντίξοες συνθήκες, πχ. Σχολική επίδοση.
4. Ο τρόπος με τον οποίο το ψυχολογικό τραύμα και η ανθεκτική συμπεριφορά επηρεάζουν την αποτελεσματική αντιμετώπιση και προσαρμογή του ατόμου στις αντίξοες συνθήκες. Έτσι, το ζήτημα της ανθεκτικότητας σε τραυματικές καταστάσεις εγείρει ερωτήματα ως προς τη φύση της τραυματικής και μετατραυματικής μορφής της ανθεκτικής συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, η ανθεκτικότητα καθορίζεται από ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ανθεκτική αντιμετώπιση "κατά τη διάρκεια του τραύματος" και "μετά" το τραύμα.
5. το θέμα του PTSD και της ανθεκτικότητας ομοίως εγείρει ερωτήματα σχετικά με τις διαστάσεις της αποτελεσματικής αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, ποιοι παράγοντες προστατεύουν κατά την έναρξη ή αργότερα κατά την ανάπτυξη του PTSD; Ποιοι παράγοντες (π.χ., προσωπικοί, κοινωνικοί, πόροι υποστήριξης, κλπ.) συνδέονται με την ανθεκτική ανάκαμψη από το PTSD σε αντίθεση με χρόνιες μορφές διαταραχής; Η ανθεκτική μετατραυματική στρατηγική συμπεριφοράς θέτει το ζήτημα της συνέχειας και της ασυνέχειας της ανθεκτικότητας καθ' όλη την τη διάρκεια ζωής.

Το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης ορίζει την ανθεκτικότητα ως «τη δραστηριότητα ανάκτησης ή επαναφοράς ή ανάκαμψης». Ορίζει περαιτέρω την ανθεκτικότητα ως «ελαστικότητα», τη δύναμη της επαναφοράς στο αρχικό σχήμα ή θέση μετά τη συμπίεση, την κάμψη, κ.λπ. "Είναι η ικανότητα" για να επιστρέψει στην αρχική του θέση. Η γλωσσική χρήση του όρου "ανθεκτικότητα" αναφέρεται σε μια ιδιότητα: την ικανότητα ενός αντικειμένου να αποκατασταθεί η αρχική δομική μορφή του, παρά το γεγονός ότι προσωρινά θα μεταβληθεί από εξωτερικές δυνάμεις που θα "λυγίσουν" ή θα "συμπιέσουν" το σχήμα του. Η ανθεκτικότητα, ωστόσο, ισχύει για φαινόμενα συμπεριφοράς σε εφαρμοσμένο ψυχολογικό και φυσικό περιβάλλον και στην ανθρώπινη συμπεριφορά σε ποικίλα περιβαλλοντικά πλαίσια. Επιπλέον, η ανθεκτικότητα θεωρείται γενικά ως η ποιότητα του χαρακτήρα, της προσωπικότητας, αλλά και ως ικανότητα αντιμετώπισης. Υποδηλώνει τη δύναμη, την ευελιξία, μια ικανότητα για γνώση, και την συνέχιση των κανονικών λειτουργιών μετά από υπερβολικό άγχος που προκαλεί ατομικές δεξιότητες αντιμετώπισης (Lazarus & Folkman, 1984, Richardson, 2002).

Σε κάποιους ορισμούς, η ανθεκτικότητα αναφέρεται σε μια ικανότητα αντιμετώπισης των εξαιρετικά φορτισμένων στρεσογόνων γεγονότων (π.χ. τραύμα, θάνατο, οικονομική απώλεια, καταστροφή, πολιτική αναστάτωση και πολιτιστικές αλλαγές) και της διατήρησης της ψυχολογικής ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας (Bonanno, 2004, Harel, Kahana, & Kahana, 1993).

Σε μια αναθεώρηση της ανθεκτικότητας, ο Richardson (2002) πρότεινε ότι η ιστορία της έρευνας για την προσαρμοστικότητα μπορεί να ταξινομηθεί με τρεις τρόπους:

- α) προσδιορίζοντας τα μοναδικά χαρακτηριστικά των ατόμων που ανταπεξέρχονται ικανοποιητικά παρά τις αντιξοότητες,
- β) προσδιορίζοντας τις διαδικασίες με τις οποίες η ανθεκτικότητα επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης και των εμπειριών της ζωής
- γ) προσδιορίζοντας τους γνωστικούς μηχανισμούς που διέπουν την ανθεκτική προσαρμογή.

Προηγούμενη έρευνα για τα φαινόμενα της ανθεκτικότητας εξέτασε ένα σημαντικό τομέα των κρίσιμων παραγόντων που θεωρούνται ότι συνδέονται με την ανθεκτικότητα και τους γενετικούς, νευροβιολογικούς

παράγοντες, την παιδική ανάπτυξη, το είδος του τραύματος, το αγχώδες συμβάν της ζωής, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, το γνωστικό στυλ, το προηγούμενο ιστορικό έκθεσης σε στρεσογόνα γεγονότα, το φύλο, την ηλικία, την ικανότητα για τη ομαλή ρύθμιση, την κοινωνική υποστήριξη, και άμυνες του εγώ (Agaibi, 2003, Fredrickson, 2002, Schore, 2003).

Στην πιο βασική έννοια, η ανθεκτικότητα έχει οριστεί ως η ικανότητα να προσαρμοστεί κάποιος και να ανταπεξέλθει με επιτυχία παρά την απειλή ή πρόκληση αγχωτικών καταστάσεων. Η ανθεκτικότητα είναι μια καλή έκβαση, ανεξάρτητα από τις υψηλές απαιτήσεις, το κόστος, το άγχος, ή τον κίνδυνο (Rutter, 1985).

5.2. Παράγοντες Ανθεκτικότητας

Σε μελέτες για το τραύμα, το PTSD, αλλά και την αντιμετώπιση ακραίου στρες, η προσωπική μεταβλητή του εσωτερικού κέντρου έλεγχου, έχει συνδεθεί με την αποτελεσματική προσαρμογή στο στρες (Harel, Kahana, & Wilson, 1993, Wilson, 1989, Wilson, Harel, & Kahana, 1989). Άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου τείνουν να εμφανίζουν λιγότερο PTSD και ψυχοπαθολογία και να έχουν καλύτερη συνολική προσαρμογή από ό, τι τα άτομα με εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Σε μια διαχρονική μελέτη, οι Elder και Clipp (1988), μελέτησαν τις μεταβλητές προσωπικότητας που ήταν εμφανής στην παιδική ηλικία που είχαν προβλέψει συμπτώματα PTSD στους κορεάτες και του Βετεράνους του Β' παγκόσμιου πολέμου. Πριν τη στρατιωτική θητεία, οι άνδρες που ήταν ευαίσθητοι, εσωστρεφείς, ψυχαναγκαστικοί, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχιατρική νοσηρότητα από ό, τι οι άνδρες που ήταν εξωστρεφείς, κυριαρχικοί, κατηγορηματικοί, και με αυτοπεποίθηση. Αν και οι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες της ζωής, οι προστατευτικοί παράγοντες είναι σημαντικοί σχετικά με θετικές οικογενειακές σχέσεις και θετικές σχέσεις με τους συνομήλικους. Η προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία τείνει να αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης του PTSD μετά από τραύμα (Friedman, 2000, Garmezy & Masten, 1991, Wilson & Drozdek, 2004, Yehuda, 1998). Από αυτή την άποψη, ο Rutter (1990) ορίζει τρεις γενικές

μεταβλητές ως προστατευτικούς παράγοντες: (α) τη συνοχή της προσωπικότητας, (β) την οικογενειακή συνοχή, και (γ) την κοινωνική υποστήριξη. Οι παράγοντες της προσωπικότητας περιλαμβάνουν το επίπεδο της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και αυτο-αποτελεσματικότητας, της καλής ιδιοσυγκρασίας, και τις θετικές κοινωνικές προοπτικές. Στον τομέα της έρευνας του τραυματικού άγχους, οι Wilson και Raphael (1993) εντόπισαν παρόμοιους παράγοντες που συνδέονται με την ανθεκτικότητα, που περιλαμβάνουν το εσωτερικό κέντρο ελέγχου, τον αλτρουισμό, την αντίληψη των κοινωνικών και οικονομικών πηγών, την αυτοαποκάλυψη, και το σχηματισμό μιας σαφούς αίσθησης ταυτότητας. Η οικογενειακή συνοχή, η ζεστασιά, και η έλλειψη διχόνοιας ή έντασης έχουν χαρακτηριστεί ως προστατευτικοί παράγοντες (Garmezy & Masten, 1991). Αν γίνουν αντιληπτά ή χρησιμοποιηθούν τα εξωτερικά συστήματα υποστήριξης, προάγουν την καλή αντιμετώπιση. Σε μια 40 ετών διαχρονική μελέτη των φοιτητών του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ, οι Felsman και Vaillant (1982) προσπάθησαν να εντοπίσουν τους παράγοντες της παιδικής και εφηβικής ηλικίας που σχετίζονται με την ανθεκτικότητα στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Η μελέτη αυτή έχει άμεση επίδραση στην κατανόηση του ψυχολογικού τραύματος και της ανθεκτικότητας εξαιτίας του γεγονότος ότι η διαμήκης και το ευρύ πεδίο των προσωπικών χαρακτηριστικών αξιολογούνται καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης (π.χ., τα στάδια της ζωής Erikson, την ωριμότητα των αμυνών του Εγώ, το IQ, την ικανότητα στην παιδική ηλικία, το οικογενειακό υπόβαθρο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, κ.λπ.). Τα αποτελέσματα παρήγαγαν ένα ενδιαφέρον σύνολο ευρημάτων. Πρώτον, το IQ και η ικανότητα στην παιδική ηλικία (ένα μέτρο της ενεργού συμμετοχής σε δραστηριότητες και ένα καλό περιβάλλον παιδικής ηλικίας) συσχετίζονται θετικά με την τρέχουσα ψυχική υγεία, την επίτευξη της ωρίμανσης του Εγώ, το καλό αντικείμενο σχέσεων, καθώς και την χρήση των ώριμων αμυνών του Εγώ (π.χ., ο αλτρουισμός). Αντίθετα, τα συναισθηματικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας συσχετίστηκαν αρνητικά με τις ίδιες μεταβλητές αλλά σχετίστηκαν σημαντικά με κοινωνική απάθεια. Δεύτερον, υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση στην ψυχοκοινωνική ανάπτυξη σε όλη την πρώιμη ενήλικη ανάπτυξη για τα πιο ανθεκτικά μέλη της μελέτης. Υπήρχαν λίγα στοιχεία για ένα γραμμικό αδιάκοπο μοντέλο ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της ζωής, που οδήγησαν στα επιτυχή επιτεύγματα αργότερα στη ζωή. Υπήρχαν περίοδοι της ασυνέχειας και της οπισθοδρόμησης. Ωστόσο,

αυτό που φαινόταν να διακρίνει τους ανθεκτικούς ενήλικες ήταν "ένα σαφές σχέδιο ανάκαμψης, αποκατάστασης, και σταδιακής κυριαρχίας "(Felsman & Vaillant, 1982).

Σε μια ανασκόπηση των μελετών που ασχολούνται με τα τραύματα του πολέμου, τις φυσικές και τεχνητές καταστροφές, τα βασανιστήρια, το ολοκαύτωμα, οι Wilson και Raphael (1993) και ο Wilson (1995) εντόπισαν επτά παράγοντες που συνδέονται με την ανθεκτικότητα. Ο Wilson (1995) διαπίστωσε ότι σε αυτούς τους πληθυσμούς υπάρχουν παρόμοια σημάδια πρόβλεψης της τρέχουσας ευημερίας, της θετικής ψυχικής υγείας, καθώς και των εκδηλώσεων της ανθεκτικότητας που περιλαμβάνουν: (α) το κέντρο ελέγχου (δηλαδή, μια αίσθηση αποτελεσματικότητας και αποφασιστικότητας

β) την αυτοαποκάλυψη της τραυματικής εμπειρίας σε σημαντικούς άλλους

γ) την αίσθηση της ομαδικής ταυτότητας και την θετική αίσθηση του εαυτού ως επιζών

δ) την αντίληψη των προσωπικών και των κοινωνικών πόρων που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του μετατραυματικού περιβάλλοντος αποκατάστασης

ε) τις αλτρουιστικές ή κοινωνικές συμπεριφορές

στ) την ικανότητα εξεύρεσης νοήματος στην τραυματική εμπειρία και τη ζωή μετά από αυτή

ζ) τη σύνδεση, το δέσιμο, και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε μία ευρεία κοινότητα επιζώντων φίλων και συναδέλφων.

Παρατηρώντας από την προοπτική της ανθεκτικότητας, αυτούς τους επτά παράγοντες, φαίνεται να αποτελούν σημαντικές κατηγορίες μεταβλητών που αλληλεπιδρούν μαζί για τη δημιουργία της ανθεκτικότητας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι εσωτερικοί παράγοντες του ίδιου του ατόμου (δηλαδή, το κέντρο ελέγχου, οι γνωστικές αποδόσεις ότι είναι ένας ισχυρός επιζών, η άκαμπτη αίσθηση της προσωπικής ταυτότητας ως επιζών), καθώς και τις ειδικές μορφές αντιμετώπισης (δηλαδή, την αντίληψη των προσωπικών και κοινωνικών πηγών για την ενίσχυση της αντιμετώπισης, την ικανότητα να βρίσκουν νόημα) και τις συμπεριφοριστικές δραστηριότητες για την ανάκτηση του περιβάλλοντος.(π.χ., κατάλληλη αυτοαποκάλυψη,

αλτρουισμός, κοινωνικές συμπεριφορές, δέσιμο και συντροφικότητα με άλλους επιζώντες) που προωθούν την ανθεκτική λειτουργία. Τα άτομα που έχουν ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου και που μπορούν να βρουν νόημα στις τραυματικές τους εμπειρίες, μπορεί να είναι σε θέση να κινήσουν μια σειρά από διαδικασίες που τους επιτρέπουν να διαμορφώσουν μια προσωπική αίσθηση της ταυτότητας με το να είναι δεμένοι και αφοσιωμένοι με τους επιζώντες συναδέλφους τους οι οποίοι, με τη σειρά τους, θεωρούνται ως πηγές για την αντιμετώπιση των συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών αναγκών (Zakin, Solomon, & Neria, 2003). Επιπλέον, μέσα σε ένα αξιόπιστο κύκλο των επιζώντων συναδέλφων τους, το δέσιμο και τα δίκτυα που σχηματίζονται μπορεί να διευκολύνουν την υγιή αυτο-αποκάλυψη και τη δυνατότητα να θεσπίσουν κοινωνικές συμπεριφορές και θετική συναισθηματική κατάσταση ως τμήμα της φυσικής διαδικασίας μετασχηματισμού για την αντιμετώπιση του προσωπικού τραύματος. Με αυτόν το τρόπο, πάρα πολλές κοινωνικές αναπαραστάσεις ενισχύουν τα προσωπικά συστήματα νοηματοδότησης και επικυρώνουν τα δυνατά σημεία της επιβίωσης. Παρόμοια συμπεράσματα βρέθηκαν από τους Hendin και Haas (1984), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι παλαίμαχοι του Βιετνάμ με υψηλή ανθεκτικότητα χαρακτηρίστηκαν από έξι παράγοντες:

- α) την αντοχή υπό πίεση
- β) την αποδοχή του φόβου των ίδιων και των άλλων,
- γ) τα χαμηλά επίπεδα σφοδρής βίας στην εμπόλεμη ζώνη,
- δ) τη σημασία της κατανόησης και ορθής κρίσης,
- ε) την απουσία ενοχής,
- στ) το χιούμορ.

Τα συμπτώματα του PTSD μετά από τραυματικό άγχος μπορεί να είναι αποτέλεσμα της προσωπικής ευαλωτότητας, ή μέρος της προ-τραυματικής ευαλωτότητας (π.χ., προηγούμενοι στρεσογόνοι παράγοντες, προηγούμενα τραύματα και προηγούμενες ψυχολογικές διαταραχές) (Figley, 1985). Σε μερικά άτομα, η έκθεση σε επαναλαμβανόμενο τραύμα μπορεί να αυξήσει την ανθεκτικότητα. Σε άλλους επιζώντες, αυτό μπορεί να υποβαθμίσει την ανθεκτικότητα. Αυτή η διαφορά στην έκβαση των τραυματικών αγχωτικών αντιδράσεων έχει αναφερθεί ως «ατσάλινο αποτέλεσμα» ή προδιάθεση να αναπτύξουν παρατεταμένες αντιδράσεις στρες "προηγούμενης

ευαλωτότητας" (Wilson & Drozdek, 2004). Η επίπτωση των ανεπιθύμητων ενεργειών ζωής στην ευημερία των ανθρώπων ασκείται μέσω ενός πολύπλοκου δικτύου γνωστικών και κινητήριων διεργασιών (Wilson, 1996), τα οποία αιτιολογούν το γεγονός ότι, ακόμα και όταν έρχονται αντιμέτωποι με ακραίες τραυματικές εμπειρίες (για παράδειγμα, αιφνίδιος θάνατος ενός παιδιού, τα βασανιστήρια, ή βιασμός), συνήθως οι άνθρωποι αντιδρούν καλύτερα απ' ό,τι θα αναμένουν γενικά. Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμη και σε τέτοιες καταστάσεις, κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων, τα θύματα μπορούν να βιώσουν θετικά συναισθήματα τα οποία είναι τουλάχιστον εξίσου έντονα και διαρκή, όπως τα αρνητικά συναισθήματα (Linley, 2003, Wortman & Silver, 1987, 1989). Είναι γνωστό ότι η έκθεση σε ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να προκαλέσει τελικά ένα ευρύ φάσμα ψυχοπαθολογικών αποκρίσεων. Ωστόσο, η ύπαρξη των θετικών συναισθημάτων και αισθήσεων μπορεί επίσης να είναι πολύ σημαντική για να μειωθεί ή να μετριαστεί ο αντίκτυπος του τραύματος. Για παράδειγμα, ειδικές μελέτες για την ανθεκτικότητα έχουν δείξει ότι οι σχετικά σταθεροί παράγοντες της προσωπικότητας (π.χ., η ευτυχία ή η αισιοδοξία) μπορούν να μετριάσουν τον αντίκτυπο των ζωτικών- κρίσιμων παραγόντων πίεσης (Cummins & Nistico, 2002, Lyubomirsky, 2001). Έχει αποδειχθεί ότι, όταν έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικά γεγονότα της ζωής, οι άνθρωποι που ήταν στο παρελθόν πιο ευτυχισμένοι ή πιο αισιόδοξοι έχουν την τάση να αξιολογούν αυτά τα γεγονότα με έναν πιο γενναιόδωρο τρόπο, να αναφέρουν ακόμα και θετικές συνέπειες από τις αρνητικές εμπειρίες που υπέμειναν, να έχουν μεγαλύτερη αισιοδοξία για το μέλλον, να έχουν το αίσθημα μεγαλύτερης ικανότητας να ασκούν προσωπικό έλεγχο στα επιτεύγματά τους, να χρησιμοποιούν την πίστη ως τρόπο για να ελέγξουν την κατάσταση, να εμπιστεύονται περισσότερο τη δυνατότητά τους να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, να καθιστούν πιο προσαρμοστικές τις κοινωνικές συγκρίσεις, και να δείχνουν λιγότερο την τάση να στοχάζονται υπερβολικά για τον εαυτό τους και τον αντίκτυπο των τρεχουσών συνθηκών τους (Lyubomirsky & NolenHoeksema, 1993).

Συνοψίζοντας, μια σειρά από προσωπικά χαρακτηριστικά που χωρίς αμφιβολία μετριάζονται από τη μάθηση και το πολιτισμικό πλαίσιο, μπορεί να έχουν σημασία για να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα τραυματικά γεγονότα, εμποδίζοντας την ανάπτυξη των αρνητικών ψυχολογικών συνεπειών και να ενισχύσουν την πιθανότητα να καταστούν δεκτικοί στις ευκαιρίες μάθησης και προσωπικής ανάπτυξης που μπορεί να προκύψουν

ως αποτέλεσμα του τραύματος (Calhoun & Tedeschi, 1999? Maercker & Herrle, 2003).

5.3. Η κατάσταση της Μετατραυματικής ανάπτυξης

Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι ένα εργαλείο για την αξιολόγηση των θετικών αποτελεσμάτων που αναφέρονται από άτομα που έχουν εμπειρία από τραυματικά γεγονότα. Υπάρχουν συντριπτικά στοιχεία ότι τα τραυματικά γεγονότα δημιουργούν πολλές αρνητικές φυσικές και ψυχολογικές συνέπειες. Ενώ οι ερευνητές έχουν μελετήσει εκτενώς τις αρνητικές συνέπειες του τραύματος, έχουν δώσει λιγότερη προσοχή στην πιθανότητα ύπαρξης θετικών επιπτώσεων στα αρνητικά γεγονότα. Ωστόσο υπάρχει ένα σώμα της βιβλιογραφίας που υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά γεγονότα μπορούν να αντιληφθούν τουλάχιστον μερικές καλές αναδόμενες συνέπειες από τον αγώνα τους, όπως μετά από αιμομιξία, πένθος, ολοκαύτωμα, καρδιακή προσβολή, καρκίνο, πόλεμο, καταστροφές (Collins, Taylor, & Skokan, 1990). Τουλάχιστον τρεις μεγάλες κατηγορίες από αναμενόμενες συνέπειες έχουν εντοπιστεί: Αλλαγές στην αυτοαντίληψη, αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις και αλλαγές στη φιλοσοφία ζωής.

Αντιληπτές αλλαγές στον εαυτό

Μια κατηγορία από οφέλη που αναφέρονται από άτομα που έχουν αντιμετωπίσει τραυματικά γεγονότα, είναι η θετική αλλαγή στην αντίληψη του εαυτού τους. Ο Affleck και οι συνεργάτες του (1985), αναφέρουν ότι οι γονείς παιδιών με ασθένεια ή υψηλό κίνδυνο δηλώνουν ότι η «συναισθηματική ανάπτυξη» ήταν μια θετική έκβαση για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους. Οι Andreasen and Norris (1972) αναφέρουν ότι ορισμένοι ασθενείς με έγκαιρα δηλώνουν ότι η αιτία που είχαν εκλάβει το τραύμα τους, τους έκανε καλύτερους ανθρώπους. Το 83% των ανθρώπων που επέζησαν από ναυάγιο σε ένα κρουαζιερόπλοιο αισθάνθηκαν περισσότερο έμπειροι από τη ζωή τους (Joseph, Williams & Yule, 1993). Ο Collins και οι συνεργάτες του (1990) βρήκαν ότι η πιο συχνή αλλαγή που αναφέρθηκε από ασθενείς με καρκίνο, ήταν ότι ένιωσαν πιο δυνατοί και με περισσότερη αυτοπεποίθηση. Αυτό δείχνει ότι οι

άνθρωποι ζώντας με το τραύμα, εφοδιάζονται με πολλές πληροφορίες σχετικά με την αυτοδυναμία, που επηρεάζει όχι μόνο την αξιολόγηση των ικανοτήτων σε δύσκολες καταστάσεις, αλλά και την δυνατότητα του καθενός να επιλέξει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες με έναν δυναμικό τρόπο. Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν ένα τραυματικό γεγονός συχνά οδηγούνται στο συμπέρασμα ότι είναι δυνατότεροι κι ότι έχουν αποκτήσει αυτοπεποίθηση, η οποία μπορεί να γενικευτεί σε όλους τους τύπους των καταστάσεων, συμπεριλαμβανομένων και μελλοντικών τραυμάτων (Joseph, Williams & Yule, 1993).

Αλλαγή αίσθησης στις σχέσεις με τους άλλους

Ο Affleck και οι συνεργάτες του (1985), περιέγραψαν τις αντιδράσεις των μητέρων των οποίων τα νεογνά υποβλήθηκαν σε θεραπεία, εξαιτίας σοβαρού περιγεννητικού ιατρικού προβλήματος, σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Περίπου το 60% των μητέρων του δείγματος ανέφεραν ορισμένα αντιληπτά οφέλη, το 20% αναφέρουν οφέλη συμπεριλαμβανομένων των στενότερων οικογενειακών σχέσεων, την συναισθηματική ανάπτυξη, και μια εκτίμηση για το πόσο πολύτιμο είναι το παιδί. Οι Malinak, Hoyt & Patterson (1979) βρήκαν παρόμοιες αντιδράσεις σε ενήλικες που έχουν χάσει τον ένα γονέα τα προηγούμενα δύο χρόνια. Περίπου τα μισά από αυτά τα άτομα αναφέρουν εμβάθυνση στις σχέσεις τους με τους άλλους, καθώς συνειδητοποιούν πόσο σημαντικές είναι αυτές οι σχέσεις, και πόσο γρήγορα μπορούν αυτές να χαθούν.

Όταν οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με τραυματικά γεγονότα, η συνεχιζόμενη ανάγκη για συζήτηση για τις συνέπειες αυτού του γεγονότος μπορεί να τους οδηγήσει στο να έχουν μεγαλύτερη αυτοαποκάλυψη απ' ότι πριν το τραυματικό γεγονός. Παρ' ότι οι αντιδράσεις των ανθρώπων στο δίκτυο υποστήριξης ποικίλλουν, η αυτοαποκάλυψη μπορεί να δώσει μια νέα ευκαιρία να δοκιμάσουν νέες συμπεριφορές, που μπορεί στη συνέχεια να οδηγήσουν σε πιο ενδεδειγμένα άτομα για υποστήριξη. Η αναγνώριση της ευπάθειας του καθενός μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συναισθηματική εκφραστικότητα, προθυμία να δεχτεί βοήθεια, και, ως εκ τούτου, αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, η οποία μέχρι τώρα είχε αγνοηθεί.

Αλλαγή Φιλοσοφίας Ζωής

Η αλλαγή στην φιλοσοφία ζωής, είναι ένα άλλο όφελος που αναφέρεται από πολλούς ερωτώμενους που αντιμετωπίζουν τραύμα. Οι Malinak και οι συνεργάτες του (1979) αναφέρουν ότι ορισμένοι πενθούντες δηλώνουν μια αύξηση εκτίμησης του εαυτού τους και της ύπαρξής τους. Επίσης οι Affleck, Tennen, και Gershman (1985) αναφέρουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής στην αναφορά τους στο 23% των μητέρων με άρρωστα νεογνά. Ο Teylor, Lichtman & Wood (1984) βρήκαν ότι γυναίκες που είχαν οδηγηθεί σε αλλαγή από τότε που ανακάλυψαν ότι πάσχουν από καρκίνο, το 60% αναφέρουν θετικές αλλαγές στις προτεραιότητές τους, ώστε να αντιλαμβάνονται τη ζωή τους πιο εύκολη και πιο απολαυστική. Το 94% των διασωθέντων από ναυάγιο δήλωσαν ότι πια δε θεωρούν τη ζωή τους δεδομένη, και το 79% αναφέρει ότι τώρα ζουν κάθε μέρα στο έπακρο (Joseph et al., 1993). Ενώ για μερικούς οι πνευματικές πεποιθήσεις μπορεί να έχουν αποδυναμωθεί προσωρινά από την τραγωδία και άλλοι μπορεί να γίνουν κυνικοί και λιγότερο θρήσκοι, ο αγώνας για να κατανοηθεί το τραύμα μπορεί να οδηγήσει τελικά πολλούς στην ενίσχυση των πεποιθήσεών τους (Andrykowski, 1992). Ο Pargament και οι συνεργάτες του (1990) επισημαίνουν ότι η ενίσχυση των θρησκευτικών πεποιθήσεων μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αίσθησης του ελέγχου, της οικειότητας και της ανεύρεσης νοήματος. Αναγνωρίζοντας το νήμα στο μέσο του τραύματος και τα επακόλουθά του, μπορεί να επιτρέψει στους ανθρώπους να βιώσουν συναισθηματική ανακούφιση και να οδηγηθούν σε μια νέα φιλοσοφία ζωής που αλλάζει τις βασικές παραδοχές που έχουν οι άνθρωποι για τη ζωή και για το νόημα που αυτή έχει (Janoff, 1992).

6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Κλινική Περίπτωση

Η Άισα, 35 ετών πρόσφυγας από τη Συρία, μεταφέρθηκε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών από το σύζυγό της. Ξύπνησε μέσα στη νύχτα και τη βρήκε να γράφει σημείωμα αυτοκτονίας. Βρήκε δίπλα της πολλά παυσίπονα και υπνωτικά χάπια. Όταν εκείνη τον αντιλήφθηκε, είπε «δεν είμαι ικανή για τίποτα. Όλα μπορούν να είναι καλύτερα χωρίς εμένα». Μετά από έντονη παράκληση, ο σύζυγος της την έπεισε να πλανε μαζί στα ΤΕΠ του τοπικού νοσοκομείου.

Στα ΤΕΠ η Άισα ήταν υποτονική, αλλά και εχθρική, ειδικά όταν το προσωπικό έκρινε ότι κινδυνεύει και χρειάζεται να εισαχθεί στο νοσοκομείο. Ο σύζυγός της έδωσε περισσότερες πληροφορίες. Η Άισα είχε μια αδερφή, και, κατά τη διάρκεια μιας πολεμικής σύρραξης στην πόλη όπου ζούσαν στη Συρία, εκπυρσοκροτήθηκε κοντά τους μία χειροβομβίδα, προκαλώντας τραύματα και στις δυο τους. Ωστόσο, τα τραύματα της αδερφής της ήταν πιο βαριά, με αποτέλεσμα να πεθάνει εντός λίγων λεπτών. Η Άισα επέζησε και κατηγόρησε τον εαυτό της ότι δε βοήθησε την αδερφή της όσο μπορούσε εκείνη τη στιγμή. Έκτοτε, η Άισα δεν ήταν σε θέση να ηρεμήσει και είχε συχνά ξεσπάσματα θυμού, δυσκολίες στην επικοινωνία με το σύζυγό της, προβλήματα στον ύπνο, εφιάλτες και δυσκολία στη συγκέντρωση.

Στο νοσοκομείο, η Άισα ήταν παθητική, απομονωμένη και οξύθυμη. Καθόταν ανέκφραστη στις συνεδριάσεις της ομάδας και αρνούνταν να συμμετάσχει. Εύκολα τρόμαζε με ήχους, απέφευγε τα ειδησεογραφικά προγράμματα και ταινίες που περιείχαν βία, και περιπλανήθηκε γύρω από το θάλαμο ελέγχοντας τις πόρτες και τα παράθυρα. Η ομάδα ψυχικής υγείας του νοσοκομείου πραγματοποίησε συνέντευξη με χρήση διαγνωστικού εργαλείου για το μετατραυματικό στρες (PCL Checklist). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, έκρινε ότι η Άισα ήταν εκτεθειμένη σε ένα στρεσογόνο παράγοντα, όταν είδε την αδερφή της να πεθαίνει μπροστά της. Βρέθηκε να έχει : παρεμβατικό σύμπτωμα (εφιάλτες που αρνήθηκε να συζητήσει), συμπτώματα αποφυγής (δεν παρακολουθεί προγράμματα

ειδήσεων και ταινίες με βία), αρνητικές μεταβολές γνώσης και διάθεσης που είχαν επιδεινωθεί μετά το τραυματικό γεγονός (αύξηση αρνητικών σκέψεων για τον εαυτό της, και της αυτοεκτίμησής της, παθητικότητα, απόσυρση και άρνηση συμμετοχής στις συνεδριάσεις της ομάδας), συμπτώματα μεταβολής της διέγερσης και αντιδραστικότητα (σκέφτεται αυτοκαταστροφικά, ευερεθιστότητα και ξεσπάσματα θυμού, προβλήματα ύπνου, αδυναμία συγκέντρωσης, τρομάζει εύκολα).

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Συναισθηματικά αδυναμίας, απελπισίας και αναξιότητας, αυτοκτονικές ιδέες λόγω της ανάληψης ευθύνης για το γεγονός	Αποφυγή αυτοτραυματισμού	Έλεγχος για αντικείμενα που θα μπορούσαν να διευκολύνουν τις αυτοκτονικές σκέψεις	Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων	Η ασθενής είναι σωματικά υγιής
	Αναγνώριση του προβλήματος	Διδασκαλία των συμπτωμάτων του μετατραυματικού συνδρόμου, εξακρίβωση επιπέδου υπευθυνότητάς της για το συμβάν	Συζήτηση σχετικά με τα συμπτώματα της, ανάλυση του επιπέδου υπευθυνότητάς της	Η ασθενής αντιλαμβάνεται και δέχεται να συζητήσει για την κατάστασή της
	Συμφιλίωση με την ιδέα της αναζήτησης βοήθειας	Αποδοχή των συναισθημάτων ενοχής, θρήνου και ντροπής, εκπαίδευση στην αναζήτηση βοήθειας, άσκηση συμβουλευτικής στο υποστηρικτικό περιβάλλον	Συζήτηση για τη λογική εξήγηση των συναισθημάτων της ασθενούς, ενημέρωση για ομάδες υποστήριξης, ενημέρωση υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την κατάσταση και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να βοηθήσει	Η ασθενής αναζητά βοήθεια από το προσωπικό, αλλά και το σύζυγό της όταν δε βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση
	Εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης του άγχους	Αναζήτηση στρατηγικών με τη συμβολή της ασθενούς	Ενημέρωση για τις στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους και παροχή ελευθερίας στην ασθενή να επιλέξει αυτές που επιθυμεί	Η ασθενής παρακολουθεί ταινίες κωμικού περιεχομένου και γελάει, κάνει ασκήσεις διαλογισμού και αναπνοών, καθώς και γυμναστική

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Έλλειψη αυτοπεποίθησης λόγω προβλημάτων επικοινωνίας με το σύζυγό της	Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης	Ανακάλυψη των δυνάμεων και αδυναμιών, με έμφαση στα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της ασθενούς, ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες και κοινωνικοποίηση	Εντοπισμός και ανάδειξη των δυνατών σημείων μέσα στη συζήτηση, παρότρυνση συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα ή ομάδα έστω για λίγη ώρα, και προσπάθεια για συζήτηση με άλλα άτομα	Η ασθενής εκφράζει λεκτικά την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησής της, και κάνει προσπάθειες για συζήτηση με άλλα άτομα
	Βελτίωση της επικοινωνίας με το σύζυγό της	Ενθάρρυνση συζύγου για συμμετοχή στη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς	Σχεδιασμός του προγράμματος της ασθενούς με τη συμμετοχή του συζύγου, παροχή χρόνου και χώρου για τη μεταξύ τους επικοινωνία, διδασκαλία συζύγου για την ψυχολογική υποστήριξη και τη διασφάλιση ότι ο ίδιος δεν την κατηγορεί για το συμβάν	Ο σύζυγος συμμετέχει σε ορισμένες δραστηριότητες, καθώς και αφιερώνει αρκετό χρόνο για να συζητάει μαζί της και να την ενθαρρύνει

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
Διαταραχή ύπνου-εφιάλτες, λόγω της ανασφάλειας και των εικόνων βίας που βίωσε	Ομαλοποίηση ύπνου	Παροχή αισθήματος ασφάλειας τόσο από το νοσηλευτή, όσο και από το υποστηρικτικό περιβάλλον (σύζυγος), ευχάριστες, χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν το βραδινό ύπνο, μείωση υπερέντασης	Συμμετοχή του υποστηρικτικού περιβάλλοντος(σύζυγος) στο πλάνο φροντίδας και συζητήσεις όπου είναι ξεκάθαρος ο υποστηρικτικός ρόλος του νοσηλευτή και του συζύγου, ανάγνωση βιβλίου με ευχάριστο περιεχόμενο, σχεδιασμός ενός ευχάριστου προγράμματος για την επόμενη μέρα με τη συμβολή της ασθενούς, χαλαρωτικά ροφήματα, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής	Η ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια, κοιμάται με μεγαλύτερη ευκολία και οι εφιάλτες έχουν μειωθεί σημαντικά

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
Επιθετικότητα που οφείλεται στην έλλειψη εμπιστοσύνης προς την ομάδα φροντίδας	Δημιουργία εμπιστοσύνης και ασφάλειας	Προσανατολισμός στο χώρο, δημιουργία άνετου περιβάλλοντος, παροχή πληροφοριών σχετικά με την κατάστασή της και τη νοσηλεία της, καλά επικοινωνιακά προσόντα προσωπικού	Προσδιορισμός της τοποθεσίας, της αιτίας εισαγωγής της και ξενάγηση στους χώρους της Κλινικής, παροχή διερμηνείας και περαιτέρω πληροφοριών και οδηγιών από τις συνηθισμένες, παρότρυνση και αναλυτική απάντηση σε απορίες, διαμόρφωση ευχάριστου χώρου με σωστό φωτισμό και θέρμανση, φιλική στάση προσωπικού, ενεργητική ακρόαση, οπτική επαφή, κατάλληλη χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων, ήρεμη φωνή	Η ασθενής έχει επίγνωση της κατάστασής της και των αιτιών εισαγωγής της, εμπιστεύεται και εκφράζεται με μεγαλύτερη ηρεμία στο προσωπικό και κυκλοφορεί στους χώρους της κλινικής.

ΜΕΛΕΤΗ

1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας σε άτομα που εγκαταλείπουν τη χώρα προέλευσής τους, είτε εκούσια είτε ακούσια, και η συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων αυτών. Πιο συγκεκριμένα, διερευνούμε την ύπαρξη συμπτωμάτων Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (PTSD) και την ανάγκη για ψυχιατρική παρακολούθηση, μεταξύ προσφύγων και οικονομικών μεταναστών που διαμένουν σε δομές του Ν. Αττικής και της Θήβας.

2. ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η επιλογή του θέματος που ερευνήθηκε στηρίχθηκε στη μελέτη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και στο προσωπικό ενδιαφέρον των ερευνητριών για συγκριτική μελέτη των συμπτωμάτων PTSD σε πρόσφυγες και οικονομικούς μετανάστες, και την επιρροή που ασκεί σε αυτό η αιτία της μετανάστευσης (εκούσια ή ακούσια) .

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω βιβλίων, πηγών από το Διαδίκτυο και σχετικών άρθρων και ερευνών, κατέδειξε ότι η συγκεκριμένη διάσταση δεν έχει μελετηθεί. Στη χώρα μας, οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για το γενικό πληθυσμό των αλλοδαπών ή συγκεκριμένες εθνότητες είναι περιορισμένες και εστιάζουν σε γενικότερα θέματα προσαρμογής και ένταξης.

Κατά συνέπεια, γίνεται κατανοητό ότι η παρούσα μελέτη συμβάλλει στη δημιουργία νέας γνώσης, χρήσιμης για τους επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται με πρόσφυγες και μετανάστες, και που η εργασία τους απαιτεί ειδική εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση.

Έτσι, τα πορίσματα της έρευνας θα συμβάλλουν τόσο στην περαιτέρω ανάπτυξη θεωρητικών και ερευνητικών προσεγγίσεων για την ψυχική υγεία των προσφύγων και οικονομικών μεταναστών, όσο και στη διατύπωση προτάσεων και παρεμβάσεων στους τομείς εφαρμογής και υλοποίησης των σχετικών πολιτικών.

3. ΜΕΘΟΔΟΣ

Για το σχεδιασμό της ερευνητικής διαδικασίας μελετήθηκε εκτενώς το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, ώστε να διατυπωθούν με ακρίβεια τα ερευνητικά ερωτήματα. Κατόπιν, επιλέχθηκε το ερευνητικό εργαλείο, που είναι το πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο κλίμακας Likert, PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-V).

Τα ερωτηματολόγια μεταφράστηκαν σε 3 γλώσσες (ελληνικά, αγγλικά, φαρσί) και δόθηκαν σε οικονομικούς μετανάστες και πρόσφυγες των δομών φιλοξενίας Θήβας, Σχιστού, Ελαιώνα, του Κυριακάτικου Σχολείου Μεταναστών, της Αλληλέγγυας Δομής για γυναίκες μετανάστριες «ΜΕΛΙΣΣΑ», της Αφγανικής και Πακιστανικής Κοινότητας. Οι μετανάστες και πρόσφυγες που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια βρίσκονται στην Ελλάδα είτε ακούσια, δηλαδή επέλεξαν οι ίδιοι να μεταναστεύσουν, είτε εκούσια, δηλαδή λόγω πολέμου ή απειλητικών λόγων για τη ζωή τους .

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα 20/5/2018 έως 20/8/2018. Συνολικά ερωτήθηκαν 100 πρόσφυγες και οικονομικοί μετανάστες, με αναλογία 1 προς 1 (50 πρόσφυγες και 50 οικονομικοί μετανάστες). Ο αριθμός τους θεωρείται σχετικά μικρός σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, και η προσέγγισή τους ήταν ιδιαίτερα δύσκολη.

Η ερευνητική ομάδα αντιμετώπισε μεγάλη δυσκολία στη διαδικασία για χορήγηση άδειας από το Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής αλλά και από τα ίδια τα Κέντρα φιλοξενίας. Το κυριότερο ζήτημα ήταν ,ωστόσο, η επικοινωνία της ερευνητικής ομάδας με τους συμμετέχοντες, καθώς ήταν απαραίτητη η παρουσία διερμηνέα, δεδομένου ότι οι περισσότεροι πρόσφυγες και μετανάστες κατάγονται από αραβόφωνες χώρες (Συρία, Ιράν, Ιράκ, Αφγανιστάν, Πακιστάν). Τα Κέντρα φιλοξενίας διέθεταν ελάχιστους διερμηνείς για πολύ μεγάλο αριθμό μεταναστών, με αποτέλεσμα οι ίδιοι να μην μπορούν να διαθέσουν πολύ χρόνο για την περάτωση των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες, παρ'όλα αυτά, ήταν ιδιαίτερα πρόθυμοι.

Όλοι οι συμμετέχοντες μελέτησαν και υπέγραψαν έντυπο συναίνεσης, το οποίο μεταφράστηκε σε 3 γλώσσες (Ελληνικά, Αγγλικά, Φαρσί). Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και δόθηκαν εξ αρχής όλες οι απαιτούμενες διευκρινίσεις. Τέλος, διατηρήθηκε η ανωνυμία των ερωτηματολογίων για προάσπιση της ιδιωτικότητας και του ιατρικού απορρήτου.

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων ακολούθησε η εξέταση της συνολικής βαθμολογίας του κάθε ερωτηματολογίου, σύμφωνα με τις οδηγίες του PCL-5. Συγκεκριμένα:

- απαντήσεις (a) : 1 βαθμός
- απαντήσεις (b): 2 βαθμοί
- απαντήσεις (c) : 3 βαθμοί
- απαντήσεις (d) : 4 βαθμοί
- απαντήσεις (e): 5 βαθμοί

Έτσι, υπολογίζοντας το σκορ του κάθε ερωτηματολογίου βγαίνουν τα εξής συμπεράσματα:

- 17-36: απουσία συμπτωμάτων PTSD
- 36-40: ύπαρξη μερικών συμπτωμάτων PTSD- δε χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης
- 41-44: ύπαρξη συμπτωμάτων PTSD- χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης
- 45+ : ύπαρξη σοβαρών συμπτωμάτων PTSD- χρήζει άμεσης ψυχιατρικής παρακολούθησης

4. ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το IBM SPSS 19, που είναι ένα στατιστικό πακέτο αναλύσεων για κοινωνικές επιστήμες.

Για την απεικόνιση των αποτελεσμάτων σε ιστογράμματα, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Excel.

5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ

5.1. Δημογραφικά στοιχεία

Ιδιότητα

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 100 άτομα, εκ των οποίων 50 είναι οικονομικοί μετανάστες και 50 είναι πρόσφυγες.

Φύλο

Οι 57 είναι άντρες, οι 40 είναι γυναίκες, ενώ 3 δε συμπλήρωσαν την ερώτηση για το φύλο.

Ηλικία

24 συμμετέχοντες/ ουσες είναι 18-24 ετών, 24 είναι 25-34 ετών, 26 είναι 35-44 ετών, 19 είναι 45-65 ετών, και 5 είναι 65+ ετών. 2 συμμετέχοντες/ουσες δε συμπλήρωσαν την ηλικία τους.

Χώρα προέλευσης

Στη μελέτη συμμετείχαν 15 Σύριοι/ες, 14 Ιρακινοί/ές, 15 Αφγανοί/ές, 4 Βούλγαροι/ες, 25 Πακιστανοί/ές, 13 Ιρανοί/ές, 10 Αλβανοί/ίδες και 3 από άλλες χώρες.

Οικογενειακή κατάσταση

48 από τους συμμετέχοντες είναι έγγαμοι/ες, 42 είναι άγαμοι/ες, 1 διαζευγμένος/η και 7 χήροι/ες. 2 συμμετέχοντες/ουσες δεν απάντησαν στην ερώτηση .

Ύπαρξη παιδιών

Οι 53 δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, ενώ 47 δεν έχουν.

Έτη διαμονής στην Ελλάδα

Οι συμμετέχοντες/ουσες που βρίσκονται στην Ελλάδα λιγότερο από 1 έτος είναι 29, 1-3 έτη είναι 23, 3-6 έτη είναι 15, περισσότερα από 6 έτη είναι 32. Δεν απάντησε 1.

Αιτία μετανάστευσης

Οι 49 μετανάστευσαν λόγω πολέμου, 33 λόγω οικονομικής κρίσης, 3 λόγω δικτατορικού καθεστώτος, 3 λόγω περιβαλλοντικών προβλημάτων, 7 για λόγους ασφαλείας και 5 για άλλους λόγους που δεν ανέφεραν.

Παραμονή λοιπών οικογενειακών μελών στη χώρα προέλευσης

Οι 73 αναφέρουν ότι παρέμειναν στη χώρα προέλευσής τους μέλη της οικογένειας, ενώ οι 19 ότι δεν παρέμειναν. 8 δεν απάντησαν.

Επίπεδο εκπαίδευσης

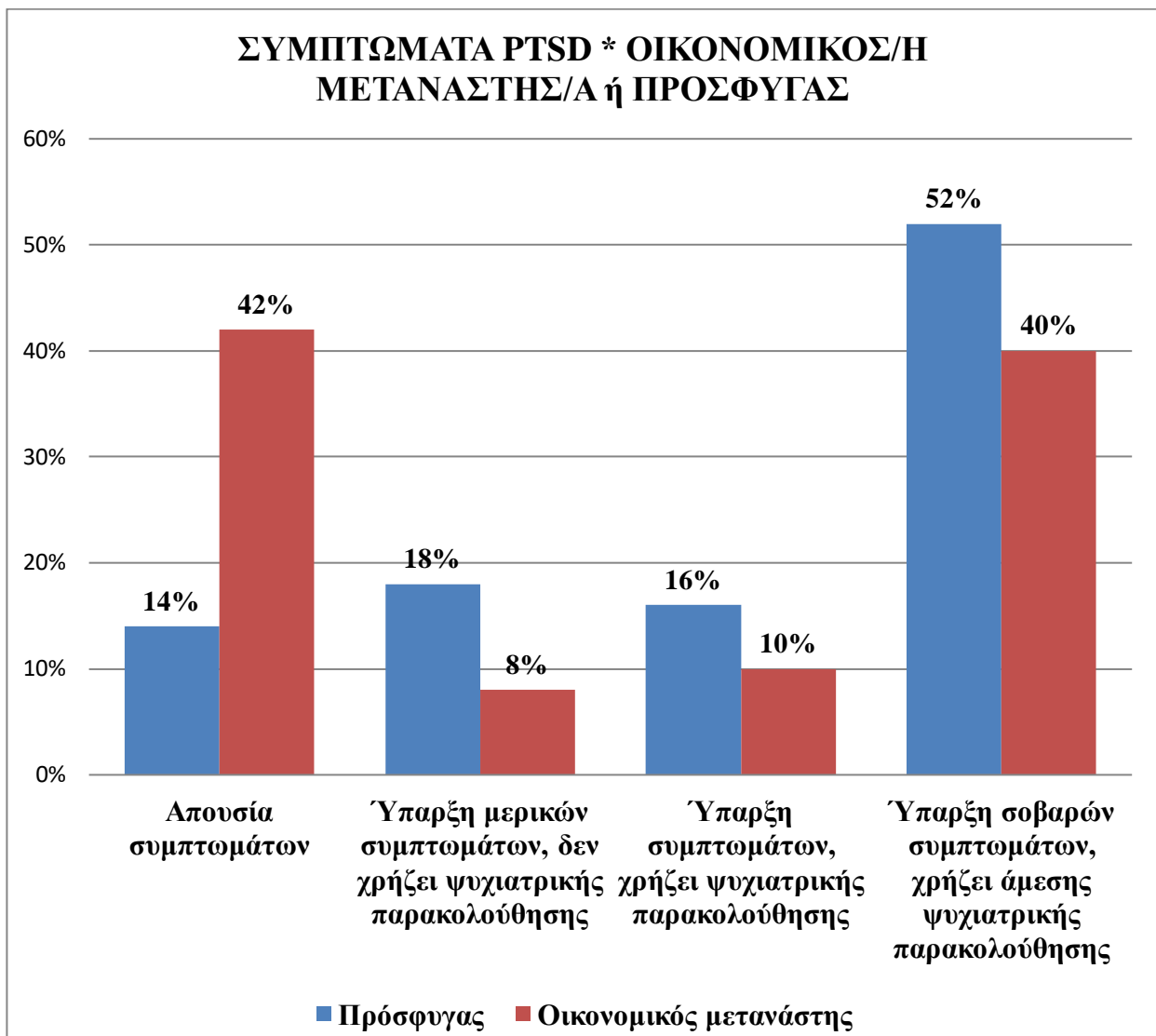
30 συμμετέχοντες/ουσες έχουν κατώτερο του Λυκείου ή ανάλογης βαθμίδας επίπεδο, 52 έχουν απολυτήριο Λυκείου ή ανάλογης βαθμίδας, 17 έχουν πτυχίο Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και 1 έχει Μεταπτυχιακό Δίπλωμα.

Εργασιακή κατάσταση

Οι 51 συμμετέχοντες/ουσες είναι πλήρως ή μερικώς εργαζόμενοι/ες, 37 είναι άνεργοι/ες και αναζητούν εργασία, 8 είναι άνεργοι/ες και δεν αναζητούν εργασία, 3 είναι συνταξιούχοι και 1 δεν απάντησε.

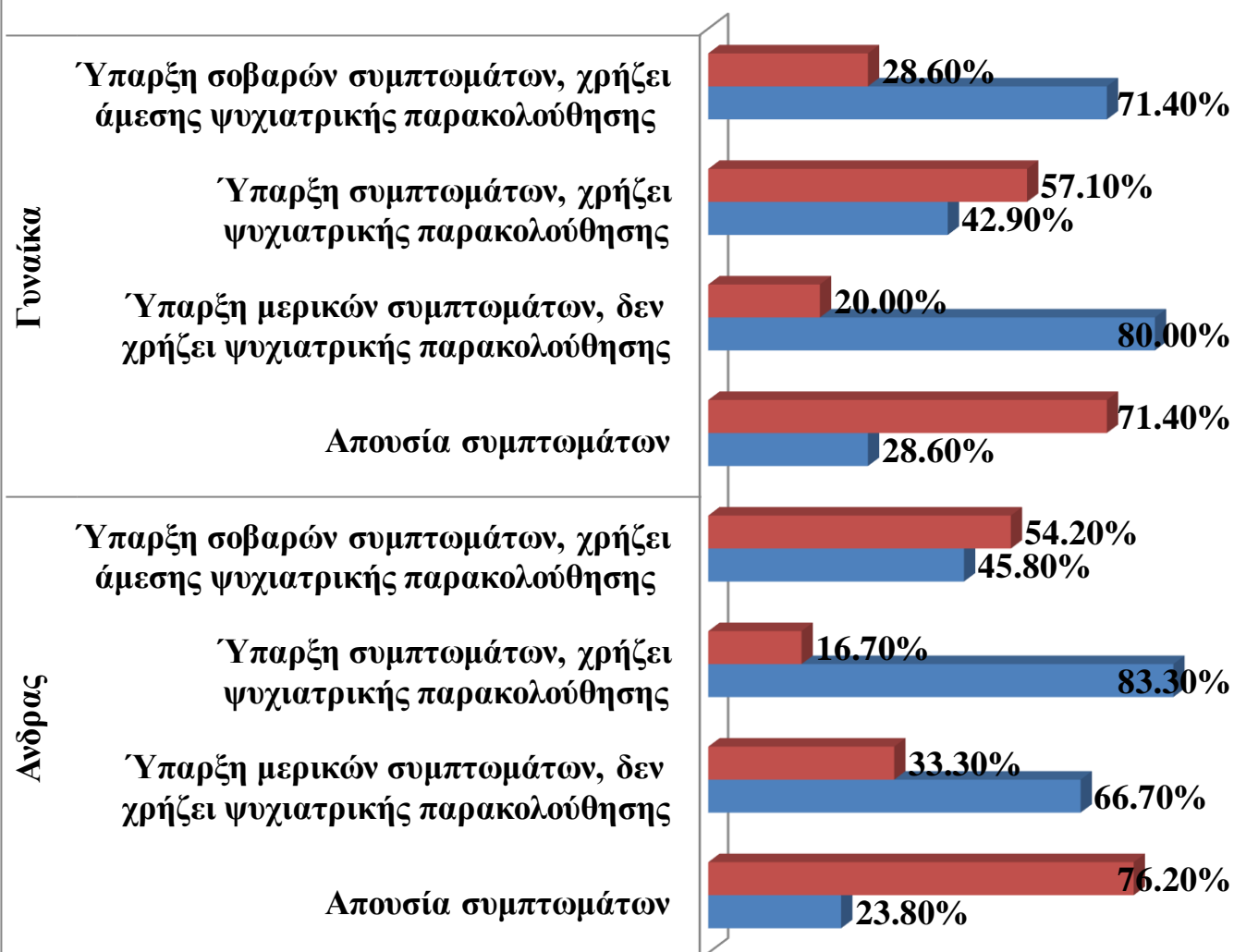
5.2. Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS 19, προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

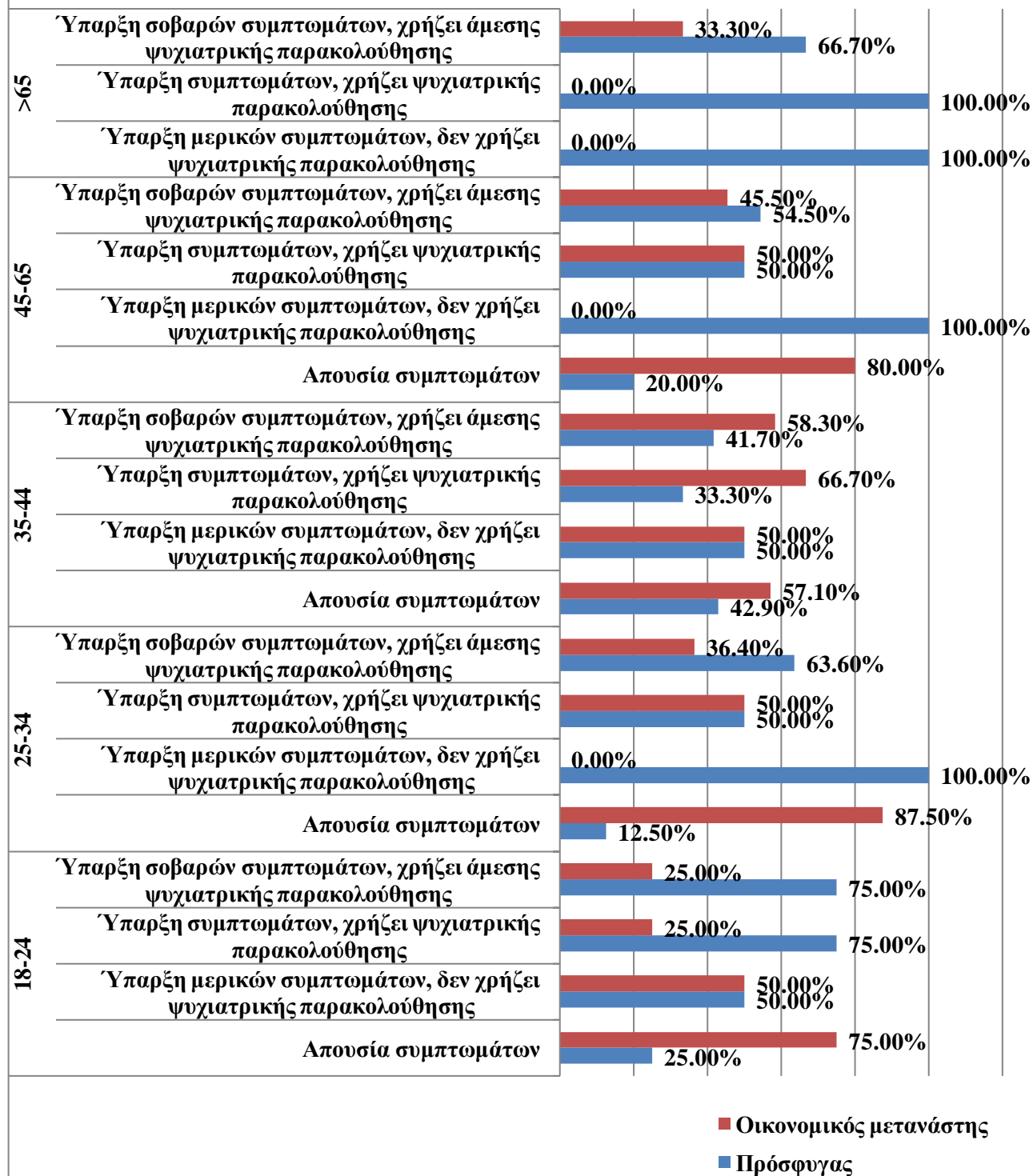


**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD * ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η
ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΤΡΙΑ Η' ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ * ΦΥΛΟ**

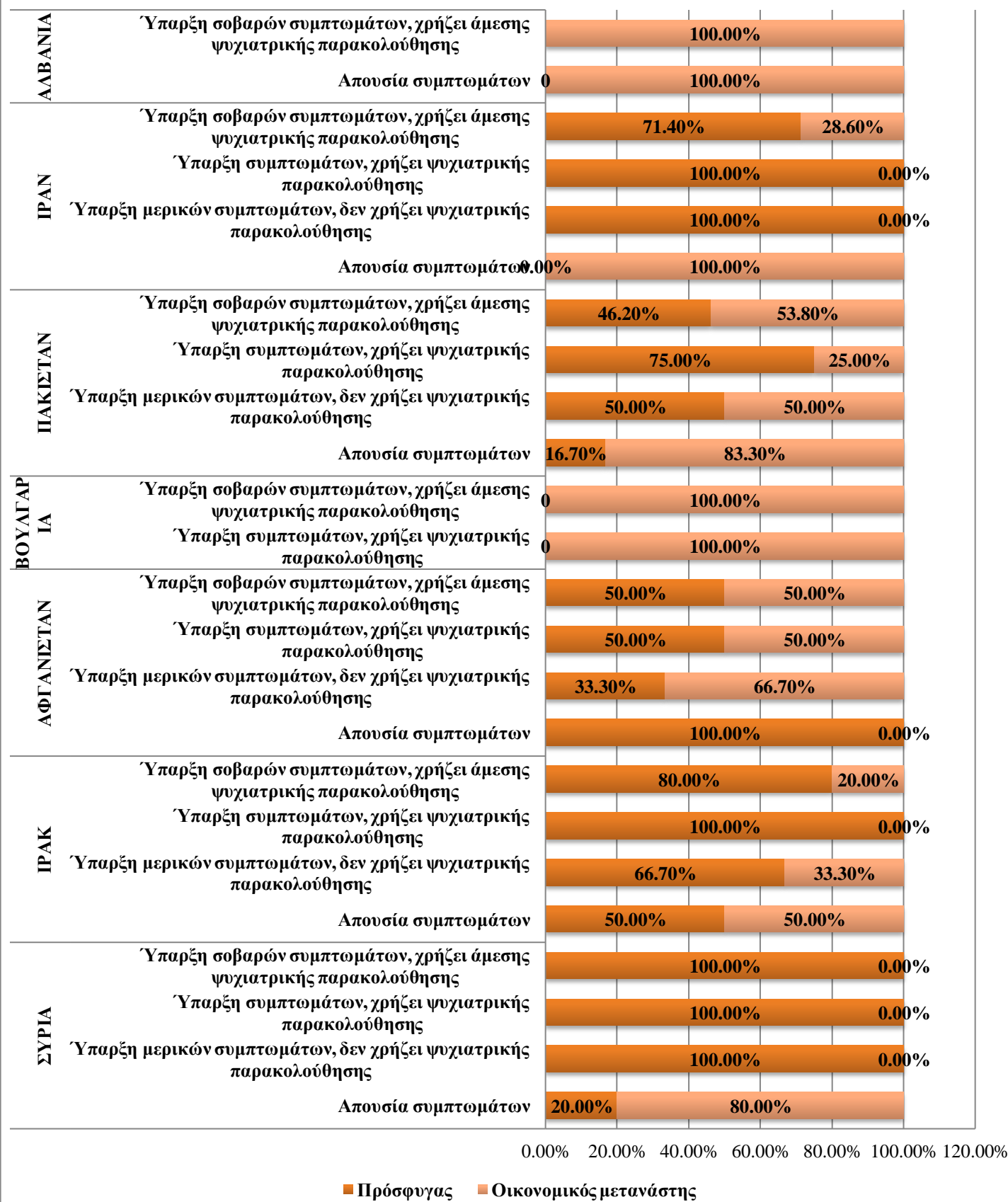
■ Οικονομικός μετανάστης ■ Πρόσφυγας



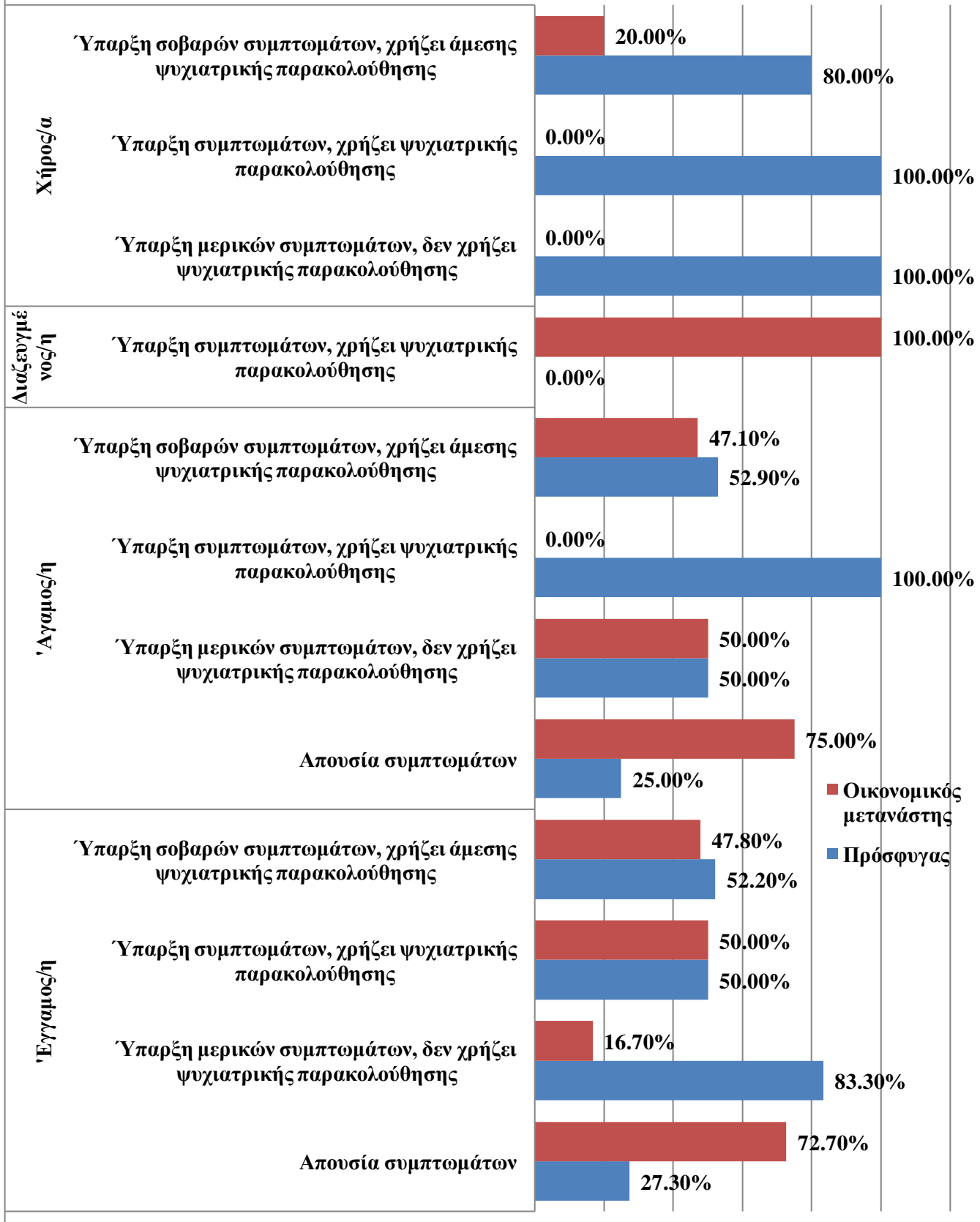
**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD* ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η
ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ* ΗΛΙΚΙΑ**



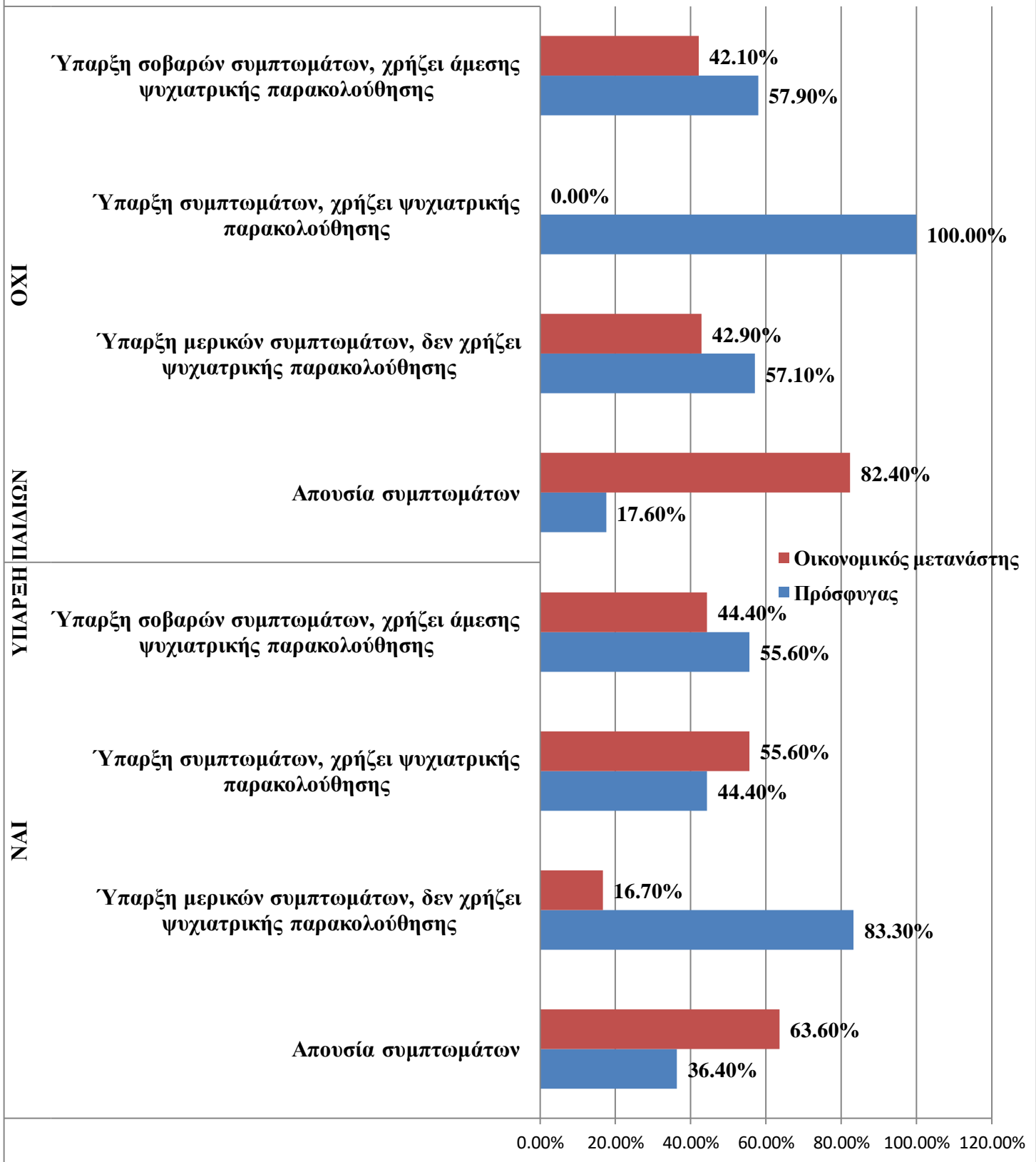
**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή
ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ*ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ**



ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ*ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

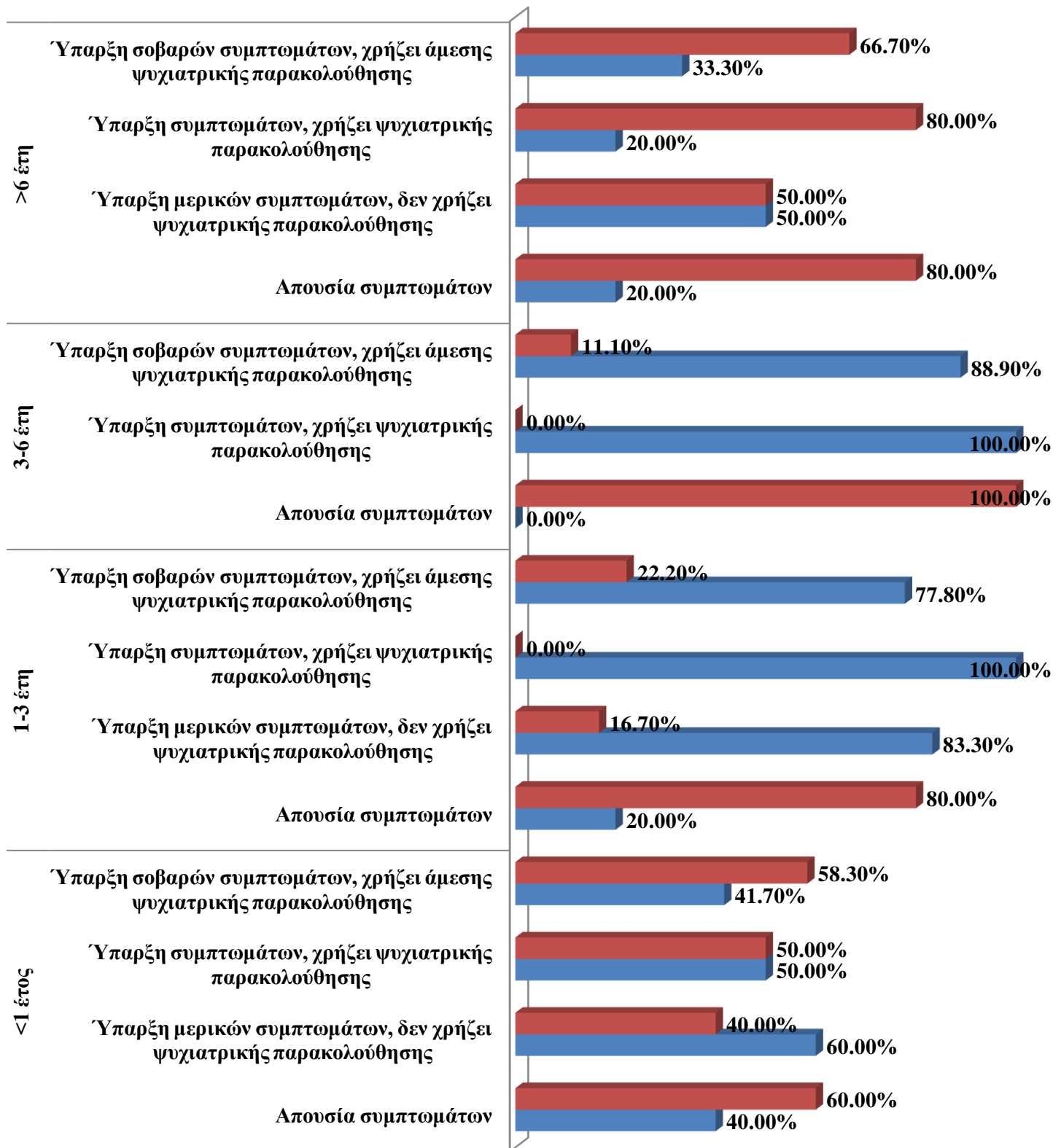


**ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ
Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ * ΥΠΑΡΞΗ ΠΑΙΔΙΩΝ**



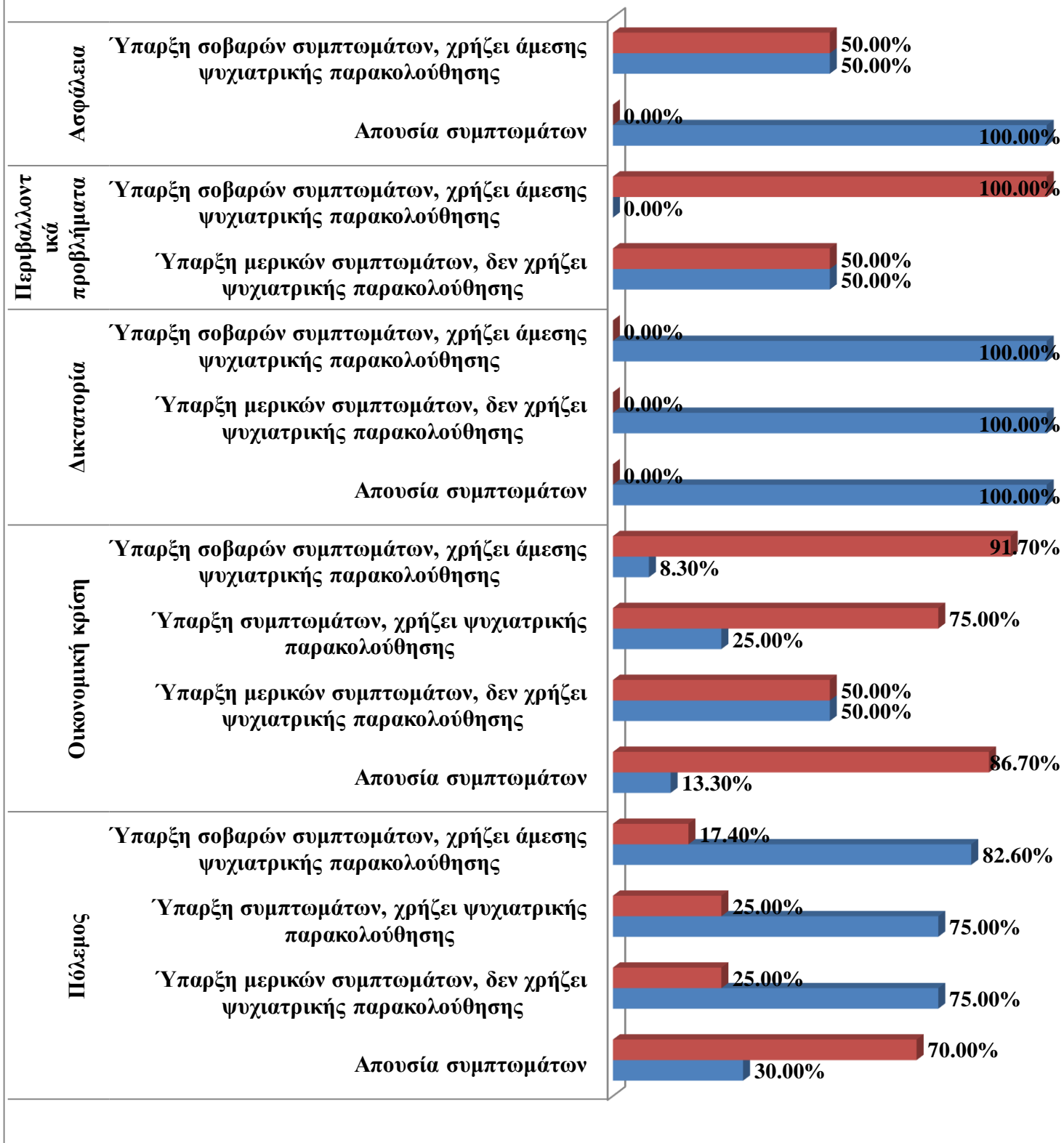
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ*ΕΤΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

■ Οικονομικός μετανάστης ■ Πρόσφυγας



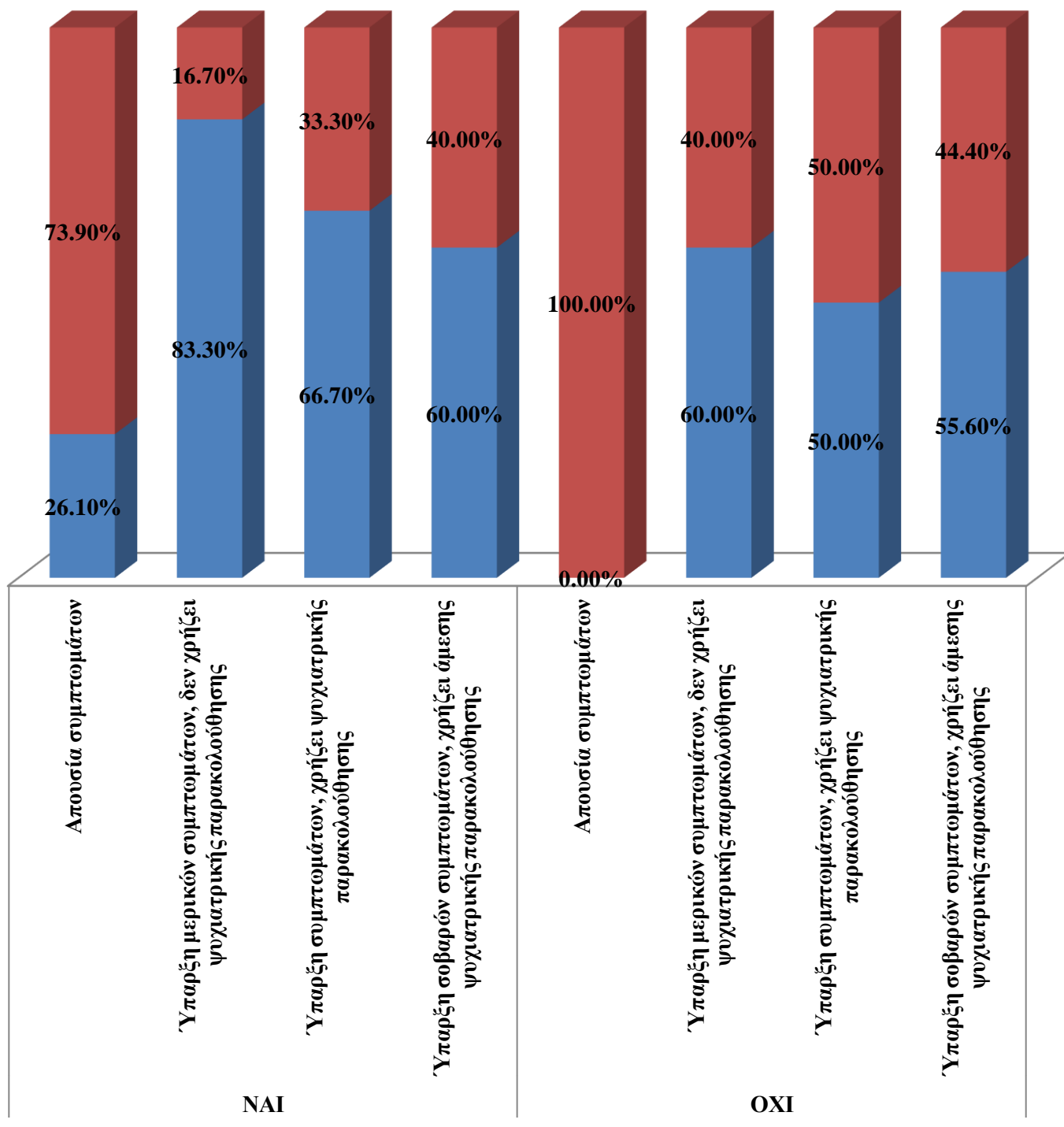
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD* ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ * ΑΙΤΙΑ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

■ Οικονομικός μετανάστης ■ Πρόσφυγας



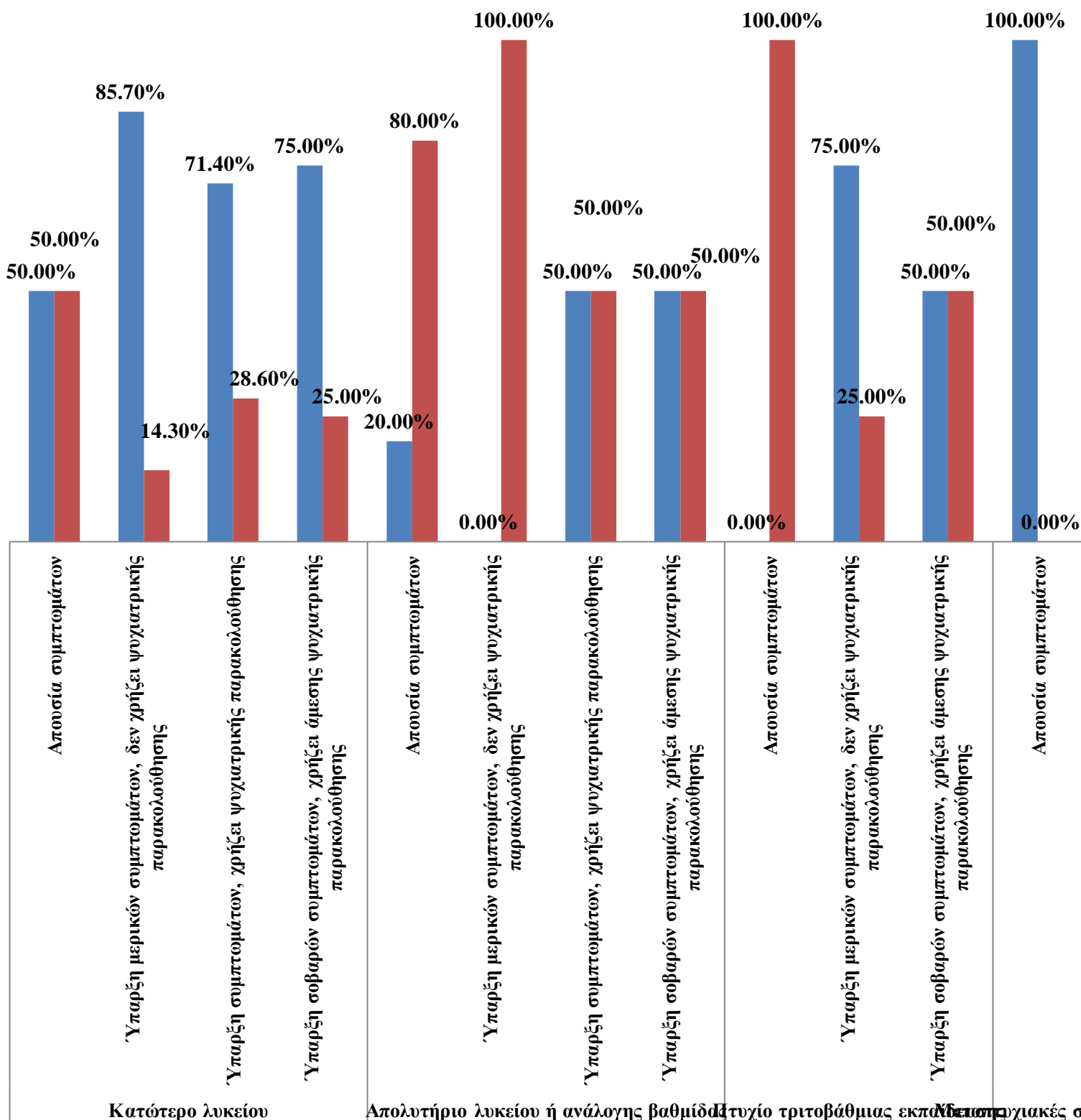
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ*ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΙΔΑ

■ Πρόσφυγας ■ Οικονομικός μετανάστης



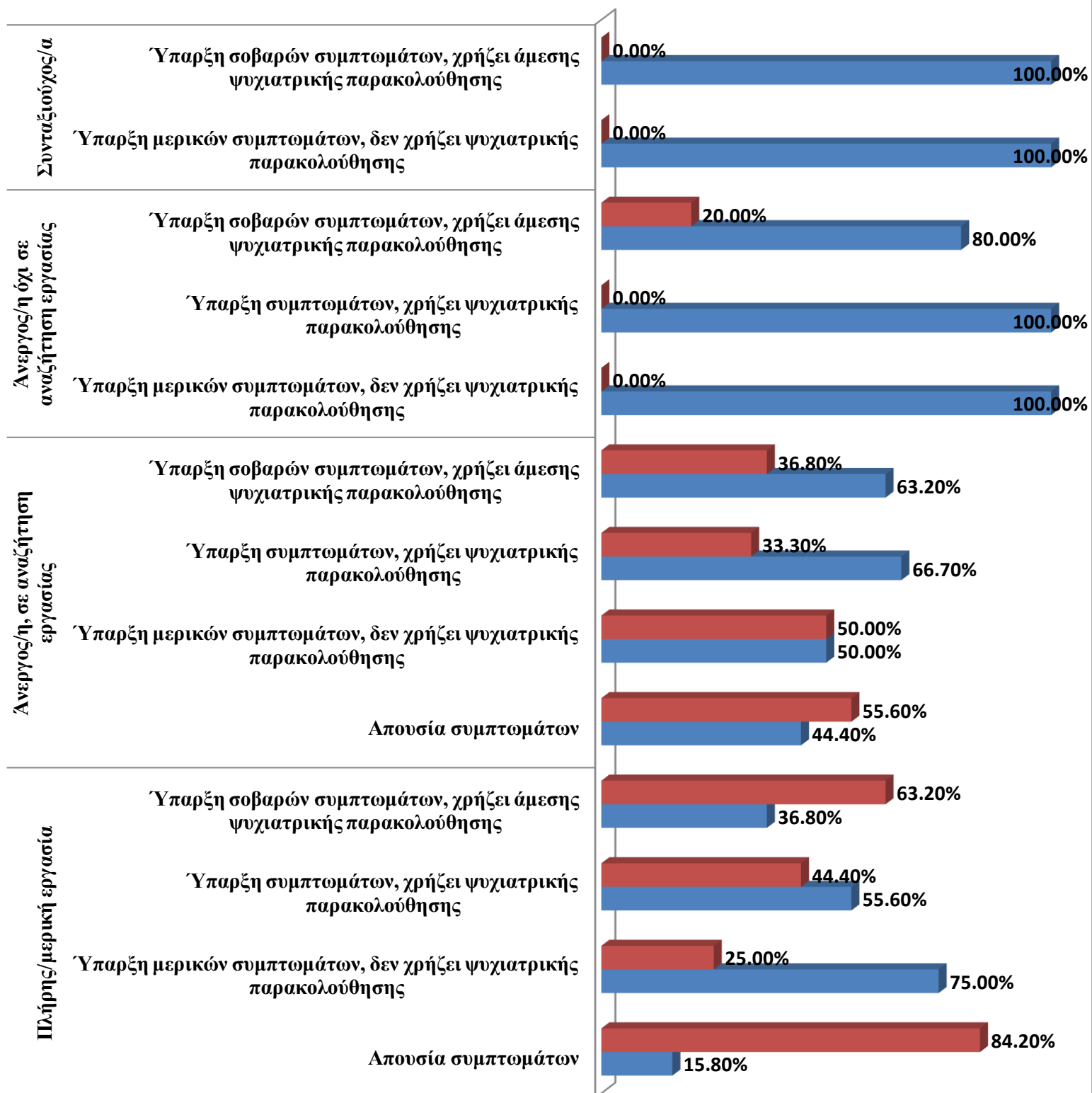
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑΪΗ ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ*ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

■ Πρόσφυγας ■ Οικονομικός μετανάστης

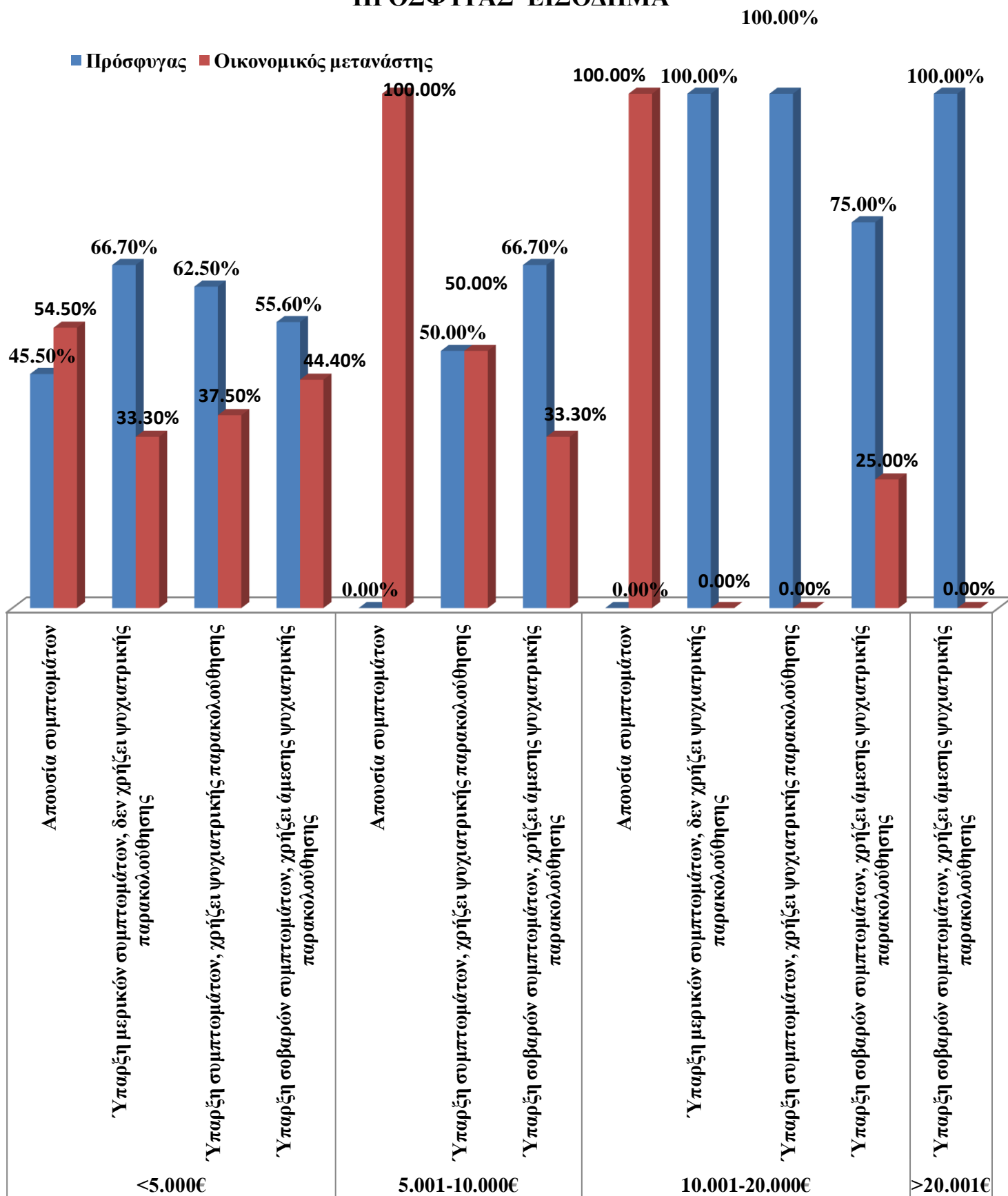


ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ *ΕΡΓΑΣΙΑΣΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

■ Οικονομικός μετανάστης ■ Πρόσφυγας



ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ PTSD*ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ/Η ΜΕΤΑΝΑΣΤΗΣ/ΣΤΡΙΑ Ή ΠΡΟΣΦΥΓΑΣ*ΕΙΣΟΔΗΜΑ



6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κριτήρια που λάβαμε υπόψη μας κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων ήταν τα ακόλουθα: το φύλο, η ηλικία, η χώρα προέλευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, ο χρόνος διαμονής στην Ελλάδα, η αιτία της μετανάστευσης, η παραμονή λοιπών μελών της οικογένειας στη χώρα προέλευσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η τωρινή εργασιακή κατάσταση και το οικογενειακό εισόδημα πριν τη μετανάστευση. Όλα αυτά διερευνήθηκαν σε συνάρτηση με την ιδιότητα των ατόμων ως πρόσφυγες ή οικονομικοί μετανάστες, καθώς και με το σκορ τους στο ερωτηματολόγιο, που κατέδειξε το βαθμό ύπαρξης συμπτωμάτων Μετατραυματικής Διαταραχής Στρες (PTSD) και ανάγκης για ψυχιατρική παρακολούθηση.

Απότοκος της προσπάθειας μας για μελέτη του συγκεκριμένου δείγματος ήταν να οδηγηθούμε στα εξής συμπεράσματα:

- Ανεξάρτητα από το αν η μετακίνηση των ατόμων έγινε ακούσια ή εκούσια, τα άτομα εκτέθηκαν σε τραυματικό γεγονός και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζουν το άγχος που προέκυψε από αυτό, είναι λανθάνων. Οι πρόσφυγες είναι αυτοί που παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό συμπτώματα PTSD. Ωστόσο, το αντίστοιχο ποσοστό για τους οικονομικούς μετανάστες είναι εξίσου εντυπωσιακό.
- Οι περισσότεροι οικονομικοί μετανάστες που συμμετείχαν δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα PTSD. Ωστόσο, συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στις δύο ακραίες περιπτώσεις, δηλαδή είτε παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα PTSD, είτε δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα. Αυτό μπορεί να δικαιολογείται στα έτη διαμονής τους στην Ελλάδα, καθώς υπάρχουν οικονομικοί μετανάστες που εγκαταστάθηκαν και αφομοιώθηκαν στην Ελλάδα εδώ και πολλά χρόνια, οπότε το τραυματικό γεγονός της μετανάστευσης τους είναι μακρινό. Οι πρόσφυγες πάλι που δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα PTSD, είναι πολύ λίγοι.
- Οι γυναίκες μετανάστριες φαίνεται να είναι εξίσου ψυχικά «τραυματισμένες» με τις γυναίκες πρόσφυγες, αλλά οι γυναίκες πρόσφυγες παρουσιάζουν μεγαλύτερη σοβαρότητα στα συμπτώματα και χρήζουν αμεσότερης ανάγκης για ψυχιατρική παρακολούθηση.

- Όσον αφορά στους άνδρες, οι πρόσφυγες φαίνεται να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα το άγχος που τους προκαλεί η τραυματική τους εμπειρία.
- Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με κριτήριο την ηλικία, βλέπουμε ότι ανεξαρτήτως ηλικίας, οι οικονομικοί μετανάστες που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD είναι πάντοτε περισσότεροι από τους πρόσφυγες. Ωστόσο, από τις ηλικίες 35 και πάνω, ο αριθμός των ασυμπτωματικών προσφύγων αυξάνεται.
- Οι έγγαμοι πρόσφυγες βρίσκονται σε καλύτερη ψυχολογική κατάσταση από τους έγγαμους οικονομικούς μετανάστες, ενώ στους άγαμους, η ψυχολογική κατάσταση είναι η ίδια και στις δύο περιπτώσεις. Ο γάμος, επομένως, έχει θετική επίδραση στην ψυχολογική αντιμετώπιση της τραυματικής εμπειρίας της ακούσιας μετανάστευσης.
- Τα έτη διαμονής στην Ελλάδα επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταναστών, καθώς είτε βρίσκονται λιγότερο από 1 χρόνο, είτε περισσότερα από 6 χρόνια, οι οικονομικοί μετανάστες είναι πάντα αυτοί που υπερισχύουν στην απουσία συμπτωμάτων PTSD.
- Η εργασιακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά. Σε πλήρη ή μερική απασχόληση, οι οικονομικοί μετανάστες που παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα PTSD είναι πολύ περισσότεροι από τους πρόσφυγες, ενώ στους ανέργους σε αναζήτηση εργασίας, συμβαίνει το αντίθετο.

Πέρα από τα παραπάνω συγκριτικά αποτελέσματα, προέκυψαν και τα εξής:

- Όλοι οι Ιρανοί πρόσφυγες παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD, είτε σοβαρά είτε λιγότερο σοβαρά.
- Όλοι/ες οι Βούλγαροι/ες οικονομικοί/ές μετανάστες/τριες παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD και χρήζουν ψυχιατρικής παρακολούθησης.
- Από τους Αφγανούς συμμετέχοντες που παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα PTSD, οι μισοί είναι πρόσφυγες και οι άλλοι μισοί οικονομικοί μετανάστες.
- Οι Αφγανοί που δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα, είναι όλοι πρόσφυγες.
- Από τους Σύριους συμμετέχοντες, όλοι όσοι παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD είναι πρόσφυγες.

- Ο Σύριοι οικονομικοί μετανάστες δεν παρουσιάζουν καθόλου συμπτώματα.
- Όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών, είτε οι συμμετέχοντες έχουν παιδιά είτε δεν έχουν, τα ποσοστά οικονομικών μεταναστών και προσφύγων με σοβαρά συμπτώματα PTSD είναι σχεδόν ίσα.
- Οι πρόσφυγες που έχουν αφήσει μέλη της οικογένειάς τους στην πατρίδα τους και παρουσιάζουν σοβαρά συμπτώματα PTSD είναι περισσότεροι από τους οικονομικούς μετανάστες.
- Από την άλλη, από τους συμμετέχοντες που δεν άφησαν μέλη της οικογένειάς τους στην πατρίδα, απουσιάζουν συμπτωμάτων οι οικονομικές μετανάστες, και κανένας πρόσφυγας.
- Οι συμμετέχοντες με εκπαιδευτικό επίπεδο κατώτερο του Λυκείου ή ανάλογης βαθμίδας που παρουσιάζουν σοβαρά ή λιγότερο σοβαρά συμπτώματα PTSD είναι κατά πλειοψηφία πρόσφυγες.
- Από αυτούς που έχουν απολυτήριο Λυκείου ή σχετικής βαθμίδας χρήζουν ψυχιατρικής παρακολούθησης κατά ίσο ποσοστό και οι οικονομικοί μετανάστες , και οι πρόσφυγες.
- Λαμβάνοντας υπόψη το εισόδημα πριν τη μετανάστευση, διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες με εισόδημα <5000€ που παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD είναι κυρίως πρόσφυγες.
- Επίσης , από τους συμμετέχοντες με εισόδημα 5.000€-10.000€, κανένας δεν παρουσιάζει σοβαρά συμπτώματα.

7.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη έχει στόχο την διερεύνηση της ύπαρξης συμπτωμάτων PTSD και της ανάγκης για ψυχιατρική παρακολούθηση, σε άτομα που εγκαταλείπουν τη χώρα προέλευσής τους, είτε εκούσια είτε ακούσια, και η συγκριτική μελέτη των αποτελεσμάτων αυτών.

Συνοπτικά, διαπιστώνεται πως και οι οικονομικοί μετανάστες αλλά και οι πρόσφυγες παρουσιάζουν συμπτώματα PTSD, ωστόσο οι πρόσφυγες χρήζουν μεγαλύτερης προσοχής, λόγω του ότι τα συμπτώματά τους είναι πιο σοβαρά. Επιπλέον, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ ορισμένων κριτηρίων που επηρεάζουν αυτό το αποτέλεσμα. Έτσι, διαπιστώνεται πως το φύλο, η ηλικία, το ενδεχόμενο εγκατάλειψης μελών της οικογένειας στη χώρα προέλευσης, η εργασιακή κατάσταση, η αιτία μετανάστευσης και η οικονομική κατάσταση πριν τη μετανάστευση, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταναστών και προσφύγων, και σχετίζονται με τον εξαναγκασμό ή όχι της μετανάστευσής τους.

Βιβλιογραφικά δεν έχουν ανευρεθεί αντίστοιχες μελέτες που να αφορούν τη σύγκριση οικονομικών μεταναστών και προσφύγων όσον αφορά την ψυχική τους υγεία. Αυτό θέτει νέα θεμέλια για την εκπόνηση επιπλέον μελλοντικών ερευνών, οι οποίες θα διερευνήσουν επιπρόσθετα τις ψυχικές επιπτώσεις της μετανάστευσης και τις ψυχικές ανάγκες που αυτή αποφέρει.

Τέλος, θεωρούμε απαραίτητο να αναφέρουμε πως οι γραφειοκρατικές δυσκολίες και ο περιορισμένος χρόνος αποτελούν αιτίες που δεν καταφέραμε να μελετήσουμε ένα μεγαλύτερο δείγμα του επιλεγμένου πληθυσμού, και για αυτό καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για εκπόνηση επιπλέον μελετών με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων.

Ωστόσο, στο δείγμα που μελετήσαμε διαπιστώθηκε ότι το PTSD είναι διαταραχή που αφορά μεγάλο ποσοστό, τόσο προσφύγων, όσο και οικονομικών μεταναστών. Για το λόγο αυτό, είναι επιτακτική ανάγκη να ληφθούν περισσότερα μέτρα και να δοθεί ακόμα περισσότερη προσοχή στην Ψυχική Υγεία των μετανάστων της χώρας μας.

Κατανοώντας λοιπόν, πως οι κοινωνίες είναι πλέον πολυπολιτισμικές, πολυφυλετικές και πολυγλωσσικές, ως στόχος τίθεται η ειρηνική διαβίωση των μελών τους. Κριτήριο του πολιτισμού μιας χώρας σήμερα δεν είναι

μόνο το ένδοξο παρελθόν, η οικονομική ευημερία και η τεχνολογική πρόοδος, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει τις κάθε είδους μειονότητες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Affleck G., Tennen H., Gershman K., 1985, *Cognitive adaptations to high-risk infants: the search for mastery, meaning and protection from future harm*, American Journal of mental deficiency, vol.89(6), 653-656
- Ali A.L., Peterson C., Uebelhor D., 2002, *War related Trauma and symptoms of Post traumatic Stress Disorder Among Adult Kosovar Refugees*, Journal of Traumatic Stress, vol. 15, 157-160
- A.M Kring, G.C Davison, J.M Neale, J.M Johnson, 2010, *Psychopathology*, Εκδόσεις Cutenberg, Athens
- Andreasen N.J., Norris A.S., 1972, *Long-term adjustment and adaptation mechanisms in severely burned adults*, The Journal of nervous and mental disease, vol.154(5), 352-362
- Baron N., 2003, *Population Displacement, Political Space and Social Identity*, The Global Review of Ethnopolitics, vol.2, 92-99
- Βασίλειος Αλεβίζος, 2008, *Άγχος*, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Βεντουράτου, 2009, *Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και την Τραυματοθεραπεία*, Εκδοτικός οίκος Πεδίο, Αθήνα
- Benjamin J. Sadock & Virginia A.Sadock, 2007, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Berry, J.W., 2001, *A psychology of immigration*, Journal of social Issues, vol.57, 615- 631
- Bhugra D., Gupta S., 2011, *Migration and Mental Health*, Cambridge University Press, New York
- Blackwell D., 2005, *Counselling and Psychotherapy With Refugees*, Jessica Kingsley Publishers, London
- Bonnano G., 2004, *Loss, Trauma and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?*, American Psychologist, vol.59(1), 20-28
- Γενική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος [1935], *‘Ο πληθυσμός της Ελλάδος κατά την απογραφή της 15-16 Μαΐου 1928’*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα
- Γιωτσίδη Β. & Σταλίκας Α. ,2004, *Η διαπολιτισμική Συμβουλευτική και Ψυχοθεραπεία σε Πρόσφυγες : Ψυχοκοινωνικές ανάγκες και πολιτισμικές διαφορές*, Ψυχολογία ,vol. 11, 34-52
- Collins C.A, et al. ,2000, *Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer*, vol.68(5), 872-885
- Έμκε- Πουλοπούλου Η., *Η μεταναστευτική πρόκληση*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2007.

- Elder G.H., Clipp A.C., 1988, *Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life*, Journal of Personality, vol. 57(2), 311-341
- Elder G.H., Clipp A.C., 1988, *Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life*, Journal of Personality, vol. 57(2), 311-341
- Fazel A., Wheeler J., Danesh J., 2005, *Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review*, Lancet, vol.364(9467), 1309-1314
- Ζήση Α., 2006, *Μετανάστευση και Ψυχική Υγεία: Ανασκόπηση εμπειρικών ευρημάτων*. Ψυχολογία, vol.13, 95-108
- Fredrickson B., *Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being*, Psychological Science, vol.13(2), 172-175
- Garmezy N., Masten A.S., 1991, *The protective role of competence indicators in children at risk: Perspective of stress and coping*, on: Cummings E.M., Greene A.L., Karraker A.H., Life-span developmental psychology- Perspectives of stress and coping, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdales, 151-174
- Hanlon B. & Vicino T.-J., *Global Migration- the basics*, Routledge, London 2014
- Harrell – Bond B. ,2008, *In Search of 'Invisible' Actors: Barriers to Access in Refugee Research*, Journal of Refugee Studies, vol.20, 281-298
- *Θέματα Νεοελληνικής Ιστορίας*, Συλλογικό έργο (Συγγραφείς): Γεώργιος Μαργαρίτης, Αγαθοκλής Αζέλης, Νικόλαος Ανδριώτης, Θεοχάρης Αετοράκης, Κωνσταντίνος Φωτιάδης, Εκδόσεις Διόφαντος, Αθήνα (2002)
- Hendin H., Haas-Pollinger A., 1984, *Wounds of War: The Psychological Aftermath of combat in Vietnam*, Basic books, Mishawaka
- Herman Judith M.D, 1992, *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York
- *Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-5*
- Johnson H., Thomson A., 2008, *The development and maintenance of Post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: a review*, Clinical psychology review, vol.28(1)-36-47
- Joseph S., Williams R., Yule W., 1993, *Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses*, Journal of Traumatic Stress, vol.6(2), 271-279
- Λιανού Θ. & Καρβουνίδη Τζ. (2012) *Μεταναστευτικά ρεύματα στην Ελλάδα κατά τον 20ο αιώνα*, Εκδόσεις ΚΕΠΕ [Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών], Αθήνα

- Μόττη- Στεφανίδη Φ., Τάκης Ν., Παυλόπουλος Β. & Masten A. , 2008, *Ψυχική Ανθεκτικότητα, Μετανάστευση και Εφηβεία*, Εκδόσεις ΙΜΕΠΙΟ, Αθήνα
- Lyubomirsky S., 2001, *Why are some people happier than others? The Role of Cognitive and motivational processes in well-being*, *American Psychologist*, vol.56(3), 239-349
- Michael C.Celster, Juan J.Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, 2007, *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- Miller Alice ,1984,*Thou Shalt Not Be Aware, Farrar Sraus and Giroux*, New York
- Mooren T., Schok M. & Kleber R.J., 2009, *Making sense of adverse events: A questionnaire exploring the search for meaning after experiences of war and violence*, *Health & Clinical Psychology*, vol.45, 1-21
- Odegard O., 1932, *Emigration and insanity; a study of mental disease among the Norwegian born population in Minnesota*, Levin & Munskgaard, Copenhagen
- Παπαδόπουλος Γ.Ν., 2003, *Ψυχολογία-Σύγχρονη πειραματική*, Εκδόσεις ΑΘΗΝΑ, Αθήνα
- Παρασκευή Νάσκου Περράκη [2014], *‘Βαλκανικά σείμματα’* (Περιοδική Έδοση του ιδρύματος μελετών χερσονήσου του Αίμου), Τεύχος 17, Θεσσαλονίκη 2015
- Pavlish C, 2007, *Narrative inquiry into life experiences of refugee women and men*, *International Nursing Review*, vol.54, 28–34
- Richardson G., 2002, *The metatheory of resilience and resiliency*, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58(3), 307-321
- Ρουμπίνη Γρόπα, Άννα Τριανταφυλλίδου, Francesca Broesma, Daria Lazarescu, Marina Nikolova, Θάνος Μαρούκης, Μιχαέλα Άνθια Μαρούφωφ (2010), *Η μετανάστευση στην Ελλάδα του 21ου αιώνα*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Σολδάτος και συν., 2008, *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Rutter M., 1985, *Resilience in the face of Adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, *The British Journal of Psychiatry*, vol.147(6), 598-611
- Schore A.N., 2003, *Affect regulation and the repair of the self*, W.W. Norton & Company Inc., New York
- Stephen M. Stahl, Meghan M Grady, 2010, *Anxiety, Stress and PTSD*, Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης, Αθήνα
- Tribe R., 2002, *Mental Health of refugees and asylum-seekers*, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, 240–248

- Tseng W., Streltzer J., 2001, *The southeast Asian Refugee: The Legacy of severe Trauma*. In: Tseng W., Streltzer J., Culture and Psychotherapy- A guide to Clinical Practice, American Psychiatric Press, England, 173-191
- Φ.Δ Αποστολοπούλου (1980), 'Η Έξοδος,' (Μαρτυρίες από τις επαρχίες των δυτικών παραλιών Μικρασίας), τόμος Α', Κέντρο Μικρασιατικών Σπουδών, Αθήνα
- Valent Paul, 1980, *From Survival To Fulfilment, A Framework for the Life-trauma Dialectic*, Brunner/Mazel, Philadelphia
- Vazquez, C., Cervellon P., Vidales D., Gaborit M., 2005, *Positive emotion in Earthquake survivor in El Salvador*, Anxiety Disorders, vol.19, 313-328
- Wilson J.P., Raphael B., 1993, *The Historical evolution of PTSD Diagnostic criteria: From Freud to DSM-I*, Journal of Traumatic Stress, vol.7(4), 682-696
- Yehuda R., 1998, *Predicting the development of post traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic even*, Biological Psychiatry, vol.44(12), 1305-1313
- Zakin G., Solomon Z., Neria Y., 2003, *Hardiness, attachment style, and long term psychological distress among Israeli POWs and combat veterans*, Personality and Individual Differences, vol.34(5), 819-829

ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ:

- Jaimie L. Gradus [2017], 'Epidemiology Facts of Ptsd', U.S. Department of Veterans Affairs. Διαθέσιμο <http://www.kathimerini.gr/865921/article/epikairothta/ellada/to-trito-metanasteytiko-kyma-twn-ellhnwn> (Τελευταία προσπέλαση 30 Μάρτιου, 2017)
- Στράτος Καρακασίδης, 'Το τρίτο μεταναστευτικό κύμα των Ελλήνων', *Η Καθημερινή*, 7 Ιουλίου. Διαθέσιμο στο: <http://www.kathimerini.gr/865921/article/epikairothta/ellada/to-trito-metanasteytiko-kyma-twn-ellhnwn> (7 Ιουλίου 2016)
- Βασίλης Παπαστεργίου και Ελένη Τάκου [2013], *Η μετανάστευση στην Ελλάδα*. Διαθέσιμο στο: https://rosalux.gr/sites/default/files/publications/migration_web.pdf. (Τελευταία προσπέλαση Δεκέμβρης 2013)
- The ICRC's policy on refugees and internally displaced civilians. International Committee of the Red Cross. Διαθέσιμο στο: https://www.icrc.org/ara/assets/files/other/607-628_krill.pdf (Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 2001)

- Flight from Indochina. The State of the World's refugees 2000. UNHCR- The UN Refugee Agency. Διαθέσιμο στο: <http://www.unhcr.org/3ebf9bad0.pdf> (Τελευταία προσπέλαση Ιανουάριος 2000)
- Report of the United Nations High Commissioner for refugees, 1990. UNHCR- The UN Refugee Agency. Διαθέσιμο στο : <http://www.unhcr.org/excom/unhcrannual/3ae68c2f0/report-united-nations-high-commissioner-refugees-1990.html> .(Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 24, 1990)
- Global Refugee Flow Map. UNHCR-The UN Refugee Agency. Διαθέσιμο στο <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> . (Τελευταία προσπέλαση Μάιος 31, 2017)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα

Survey Questionnaire

You are holding a questionnaire that is formed to assist our graduate thesis about Post- Traumatic Stress Disorder on economic immigrants and refugees in hospitality centers of Greece. The questionnaire respects your anonymity, and your answers will remain confidential and they will be used exclusively for the analysis and purposes of this survey. It will take you less than 10 minutes to reflect and complete your answers. Thank you in advance for your time and cooperation .

GENERAL

1. Gender: a) Male b) Female

2. Age: a) 18-24 b)25-34 c) 35-44 d)45-65 e) 66+

3. Country of origin :

4. Marital status : a) Married b) Single c) Divorced d) Widowed

5. Do you have kids? a) yes b) no If yes, how many ?

6. How long have you been in Greece?
a) < 1 year b) 1-3 years c) 3-6 years d) >6years

7. What was the main reason why you left home?
a) war b) financial crisis c) dictatorship d) environmental issues e) life-threatening reasons f) Other:

8. Did you leave behind any family members when you left home?
a) yes b) no

9. Are you: a) an asylum seeker b) economic immigrant
c) Other:.....

10. Level of education:

- a) Less than a high-school diploma
- b) high-school degree or equivalent
- c) bachelor's degree
- d) Master's degree

11. What is your current employment status?

- a) employed full-time or part-time
- b) unemployed and currently looking for a job
- c) unemployed and currently not looking for a job
- d) retired

12. What was your approximate annual household income before you came to Greece?.....

INSTRUCTIONS: Below is a list of problems and complaints that people sometimes have in response to stressful experiences. Please read each one carefully. Circle the response that indicates how much you have been bothered by that problem in the past month.

1. Repeated, disturbing memories, thoughts, or images of a stressful experience?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
2. Repeated, disturbing dreams of a stressful experience?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
3. Suddenly acting or feeling as if a stressful experience were happening again (as if you were reliving it)?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
4. Feeling very upset when something reminded you of a stressful experience?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
5. Having physical reactions (e.g., heart pounding, trouble breathing, sweating) when something reminded you of a stressful experience?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
6. Avoiding thinking about or talking about a stressful experience or avoiding having feelings related to it?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely

7. Avoiding activities or situations because they reminded you of a stressful experience?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
8. Trouble remembering important parts of a stressful experience?
a) Not at all 2. A little bit 3. Moderately 4. Quite a bit 5. Extremely
9. Loss of interest in activities that you used to enjoy?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
10. Feeling distant or cut off from other people?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
11. Feeling emotionally numb or being unable to have loving feelings for those close to you?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
12. Feeling as if your future will somehow be cut short?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
13. Trouble falling or staying asleep?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
14. Feeling irritable or having angry outbursts?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
15. Having difficulty concentrating?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
16. Being "super-alert" or watchful or on guard?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely
17. Feeling jumpy or easily startled?
a) Not at all b) A little bit c) Moderately d) Quite a bit e) Extremely

Note: Created by Weathers, Litz, Huska, and Keane (1994); National Center for PTSD - Behavioral Science Division.

Ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα

Κρατάτε στα χέρια σας ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για την πτυχιακή μας εργασία σχετικά με Μετατραυματικό στρες σε προσφυγες και οικονομικούς μεταναστες στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο σεβεται την ανωνυμία σας, και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για την ανάλυση και τους σκοπούς αυτής της έρευνας. Θα χρειαστεί λιγότερο από 10 λεπτά για να σκεφτείτε και να συμπληρώσετε τις απαντήσεις σας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Γενικές ερωτήσεις

1. Φυλο : α) Αρσενικό β) Θηλυκό
2. Ηλικία: α) 18-24 β) 25-34 γ) 35-44 δ) 45-65 ε) 66+
3. Χώρα προέλευσης:
4. Οικογενειακή κατάσταση : α) παντρεμένος/η β) Μόνος/η γ) χωρισμένος/η δ) χηρος/α
5. Έχετε παιδιά? Α) ναι β) όχι αν ναι, ποσα?
6. Ποσο καιρο ειστε στην ελλαδα? Α) <1χρονο β) 1-3 χρονια γ) 3-6 χρονια δ) >6χρονια
7. Ποιος ηταν ο κυριος λογος που φυγατε από τη χωρα σας? Α) πολεμος β) οικονομικη κριση γ) δικτατορια δ) περιβαλλοντικα προβληματα ε) απειλητικοι για τη ζωη λογοι στ) αλλοι λογοι:
8. Αφησατε πίσω μελη της οικογενειας σας? Α) ναι β) όχι
9. Ειστε: α) αιτων/ουσα ασυλου β) οικονομικος/η μεταναστης/τρια γ) άλλο :
10. Εκπαιδευτικο επιπεδο: α) χαμηλοτερο από απολυτηριο λυκειου β) απολυτηριο λυκειου η σχετικης βαθμιδας γ) πτυχιο πανεπιστημιακης εκπαιδευσης δ) μεταπτυχιακο
11. Ποια είναι η τωρινη εργασιακη σας κατασταση? Α) εργαζομενος/η β) ανεργος/η , ψαχνοντας για δουλεια γ) ανεργος/η, χωρις να ψαχνετε δουλεια δ) συνταξιουχος/α

12. Ποιο ήταν περίπου το ετησιο οικογενειακό εισόδημά σας πριν έρθετε στην Ελλάδα?

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω θα βρείτε μια λίστα από προβλήματα και παραπονα που έχουν μερικοί άνθρωποι ως αντίδραση σε αγχωτικές εμπειρίες. Παρακαλούμε διαβάστε το καθένα με προσοχή. Κυκλώστε την απάντηση που προσδιορίζει ποσο ενοχληθήκατε από αυτό το πρόβλημα **τον τελευταίο μήνα**.

1. Επαναλαμβανόμενες, ενοχλητικές αναμνήσεις, σκεψεις ή εικόνες μια αγχωτικής εμπειρίας? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
2. Επαναλαμβανόμενα, ενοχλητικά όνειρα της αγχωτικής εμπειρίας? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
3. Ξαφνικά λειτουργείτε ή νιώθετε σαν να συμβαίνει ξανά αυτή η αγχωτική εμπειρία (σαν να την ξαναζείτε)? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
4. Νιώθετε πολύ θυμωμένος/η όταν κάτι σας θυμίζει αυτήν την αγχωτική εμπειρία? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
5. Έχετε σωματικές αντιδράσεις (πχ. Ταχυπαλμία, δύσπνοια, εφίδρωση) όταν κάτι σας θυμίζει την αγχωτική εμπειρία? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
6. Αποφεύγετε να σκεφτείτε ή να μιλήσετε για αυτήν την αγχωτική εμπειρία, ή αποφεύγετε συναισθημάτων σχετικά με αυτήν? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
7. Αποφεύγετε δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή σας θυμίζουν την αγχωτική εμπειρία? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ
8. Έχετε δυσκολία να θυμηθείτε σημαντικά κομμάτια της αγχωτικής εμπειρίας? Α) καθόλου Β) λίγο Γ) μετρια Δ) αρκετά Ε) παρα πολύ

9. Εχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που απολαμβάνετε? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
10. Νιωθετε απομακρος/η η αποκομμενος/η από τους γυρω σας? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
11. Νιωθετε συναισθηματικά κενος/η η ανικανος/η να εχετε συναισθηματα συμπαθειας για τους κοντινους σας ανθρωπους? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
12. Νιωθετε ότι το μελλον σας για καποιο λογο θα διακοπει ξαφνικα (φοβιες θανατου) ? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
13. Εχετε δυσκολια να αποκοιμηθειτε και να κοιμηθειτε για αρκετες ωρες χωρις διακοπη? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
14. Νιωθετε ευκολα ενοχλημενος/η η αν εχετε ξεσπασματα θυμου? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
15. Εχετε δυσκολιες να συγκεντρωθειτε? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
16. Ειστε συνεχως σε εγρηγορηση , η σε επιφυλακη η πολύ επιφυλακτικος/η (σχετικά με κινήσεις γυρω του/της)? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ
17. Τρομαζετε ευκολα (πχ. με ξαφνικες κινήσεις) ? Α) καθολου β) λιγο γ) μετρια δ) αρκετα ε) παρα πολύ

Ερωτηματολόγιο στην περσική γλώσσα

شما در دست خود یک پرسشنامه برای کار علمی برشد خود را در امتحان پس از ضریه در پناهندگان و مهاجران اقتصادی در یونان ایجاد شده است. این پرسشنامه به نشان یونان شما احترام می گذارد و پاسخ های شما محرمانه باقی خواهند ماند و تنها به منظور تحقیق مورد استفاده قرار می گیرند. کمتر از 10 دقیقه طول خواهد کشید تا پاسخ های خود را بپوشانید. با تشکر از شما برای پیشبرد زمان و همکاری شما.

سوالات عمومی

1. جنسیت: (1 مرد 2 زن)
2. سن: (1 18-24 2 24-34 3 35-44 4 45-65 5 +66)
3. کشور مبدأ
4. وضعیت زناشویی
- (1 ازدواج کرد
2 به تنهایی
3 تقسیم کردن
4 بیوه / ثاتیه
5. آیا فرزندان دارید؟
- (1 بله 2 نه 3 اگر چنین است، چند نفر؟
6. چه مدت در یونان هستید؟
- (1 1 سال 2 1-3 سال 3 3-6 سال 4 بیش از 6
7. علت اصلی شما چی بود
- کشور شما:
- (1 جنگ 2 بحران اقتصادی
- (3 دیکتاتوری 4 محیط زیست
- مشکلات 5 تهدید دلایل
- (6 دلایل دیگر
8. آیا از اعضای خانواده تان عقب مانده اید؟
- (1 بله 2 نه
9. آیا شما 1 پناهجوی / پناهجو هستید؟
- (2 اقتصاد / مهاجر
- (3 یکی دیگر
10. سطح آموزشی.
- (1 کمتر از مدرک لیسانس
- دیپلمات
- (2 دیپلم دیپلمات یا نسیت
- درجه
- (3 مدرک دانشگاهی
- آموزش 4 کارشناسی ارشد
11. شغل فعلی شما چیست؟
- وضعیت:
- (1 کارگر 2 بیکاره
- به دنبال یک شغل است
- (3 بیکاره بدون نگاه کردن
- کار 4 بازنشسته
12. کدام مورد متوسط سالانه بود
- درآمد شما قبل از ورود به یونان؟

دستورالعمل: در زیر لیستی از مشکلات و شکایاتی را که بسیاری از مردم در پاسخ به تجربیات استرسزا پیدا می کنند پیدا خواهید کرد. لطفا هر یک را با دقت بخوانید. پاسخ دایره ای را تعیین کنید که در طی ماه گذشته چقدر از این مشکل ناراحت شده است.

1. تکرار، آزار دهنده
خاطرات، افکار یا تصاویری از یک
تجربه استرس زا
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
2. رویاهای مکرر و آزار دهنده او
تجربه استرس زا
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
3. ناگهان شما گار می کنید یا احساس می کنید مثل شما هست
این تجربه استرس زدن دوباره اتفاق می افتد
(مانند آن را زنده کنید)
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
4. احساس بسیار حساسیتی زمانی که چیزی
این تجربه استرس را به یاد می آورد
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
5. شما واکنش بدن دارید
(مانند ضربان قلب سریع، تنگی نفس، عرق کردن)
زمانی که چیزی به شما یادآوری می کند از استرس
تجربه
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
6. از تکرار یا صحبت کردن اجتناب کنید
برای این تجربه استرس زا، یا
اجتناب از احساسات در مورد آن
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
7. از فعالیت ها یا موقعیت ها اجتناب کنید
زیرا آنها به شما از تجربیات استرس زا یاد می کنند
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
8. شما دشوار به یاد داشته باشید به طور قابل توجهی
نظمه ای از تجربه استرس زا
(1 در همه 2) کمی (3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5) بیش از حد
9. شما علاقه خود را از دست دادید

فعالیت هایی که لذت می برید
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

10. شما احساس می کنید دور از انواع نامه است
از اطراف شما
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

11. احساسی خالی احساس کنید
نتوان یا احساسات
همردی برای نزدیکان شما
مردم

(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

12. شما احساس می کنید که آینده شما برای کسی است
دلیل ناگهان متوقف خواهد شد (مرگ)
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

13. شما در خواب و خواب رفتن مشکل دارید
خواب برای چند ساعت بدون
توقف
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

14. شما به راحتی آزار دهنده و یا اگر شما احساس می کنید
آیا خشم دارید؟
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

15. آیا تمرکز دشواری دارید؟
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

16. شما دائما هشدار می دهید
یا در هشدار و یا بسیار محتاط
(در مورد حرکات اطراف او / او)
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

17. شما به راحتی حرکت می کنید (به عنوان مثال ناگهان
جنبش)
(1 در همه 2 کمی 3 متوسط
(4 به اندازه کافی 5 بیش از حد

Έντυπο συναίνεσης στην ελληνική γλώσσα

Έντυπο συγκατάθεσης σε ερευνητική εργασία

Τίτλος ερευνητικής εργασίας: Μετατραυματικό στρες σε οικονομικούς μετανάστες και πρόσφυγες- Συγκριτική έρευνα,

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Σούμπαση Ευανθία, MSc, PhD email:e.soubasi@yahoo.gr τηλ: 6974194016.

Φοιτήτριες: Αποστολοπούλου φωτεινή, Αλεξίου Ελένη, Αρβανιτάκη Λευκοθέα (τηλ: 6958888403)

1.Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη σχετικά με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες σε οικονομικούς μετανάστες και σε πολιτικούς πρόσφυγες και η σύγκριση των δεδομένων μέσω των ερωτηματολογίων που θα συλλεχθούν.

2.Διαδικασία:

Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από τρεις σελίδες.Οι ερωτήσεις αφορούν γενικές πληροφορίες όπως όνομα,ηλικία,χώρα καταγωγής κλπ και συνεχίζει με μια λίστα ερωτήσεων σχετικά με την ανταπόκριση σε στρεσογόνες εμπειρίες .Οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δεν θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων.Η διαδικασία διαρκεί λιγότερο από 10 λεπτά και θα πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις.

3.Αναμενόμενα οφέλη από την έρευνα

Η έρευνα σχετικά με την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες συμβάλλει στην βελτίωση της ζωής με: την κατανόηση του προβλήματος και των επιπτώσεων του στην υγεία,την ανάπτυξη και δοκιμή θεραπειών για την διευκόλυνση ή επίλυση του προβλήματος, και τέλος, βρίσκοντας τρόπους για την πρόληψη του προβλήματος στην πρώτη θέση.

4.Πληροφορίες:

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από τον σκοπό ή την διαδικασία της εργασίας.Αν έχετε οποιαδήποτε αμφιβολία ή ερώτηση ζητήστε μας να σας δώσουμε διευκρινίσεις.

5.Ελευθερία συναίνεσης

Η συμμετοχή στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε το επιθυμείτε.

6.Δήλωση συναίνεσης

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα ακολουθήσω. Συναινώ να συμμετάσχω στην ερευνητική εργασία.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΗΤΗ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΟΣ

.....

Έντυπο συναίνεσης στην αγγλική γλώσσα

NURSING DEPARTMENT

TEI OF WESTERN GREECE



Concern form for research paper

Title of research paper: Post-traumatic stress disorder on economic immigrants and refugees.

Lecturer: Soubasi Evanthia, MSc, PhD

e-mail: e.soubasi@yahoo.gr

tel: 6974194016.

Students: Apostolopoulou Foteini, Alexiou Eleni, Arvanitaki Lefkothea (**tel:** 6958888403)

1. The purpose of the research paper:

The aim of the research, is the study of post-traumatic stress disorder in economic immigrants and political refugees and the comparison of data that will be collected from the analysis of the questionnaires.

2. Procedure:

Participants must answer a questionnaire consisting of five pages. The questions concern general information such as name, age, country of origin, etc., and are continued with a list of additional questions, regarding the response to stressful experiences. The information is anonymous and the names of the participants will not be revealed. The process takes less than 10 minutes and all questions must be answered.

3. Aim benefits from research:

The research on Post Traumatic Stress Disorder contributes to improving life by: understanding the problem and its health effects, developing and testing treatments to help or solve the problem, and finally, finding ways to prevent the problem in the first place.

4.Information:

Do not hesitate to ask questions about the purpose or process of the research. If you have any doubt or questions, please ask us for clarification.

5.Freedom of consent:

The participation in the research is voluntary. You have the choice not to consent, and/ or to interrupt your participation whenever you wish.

6.Declaration of concept

I have read this form and understand the procedure that will be followed. I agree to participate in the research paper.

RESEARCHER SIGNATURE / DATE

.....

PARTICIPANT SIGNATURE

.....

Έντυπο συναίνεσης στην περσική γλώσσα

Φορμ رضایت برای کار تحقیقاتی

عنوان پژوهش استرس پس از سانحه بر مهاجران اقتصادی و پناهندگان. تحقیق مقایسه ای

استاد مسئول

SOUBASI EVANTHIA

6974194016 تلفن MSc, PhD Email: e.soubasi@yahoo.gr

دانش آموزان

APOSTOLOPOULOU FOTINI

ALEKSIU ELENI

ARVANITAKI LEFKOTHEA

تلفن 6958888403.

1. هدف از تحقیق کار. هدف از این مطالعه مطالعه بر اختلال استرس پس از سانحه در مهاجران اقتصادی و پناهندگان سیاسی و مقایسه داده ها از طریق پرسشنامه جمع آوری شده است.

2 روش شرکت کنندگان باید به یک پرسشنامه سه صفحه ای پاسخ دهند. سوال در مورد اطلاعات عمومی مانند نام، سن، کشور مبدأ و با یک لیست از سوالات در مورد پاسخ به تجارب استرس زا همچنان ادامه دارد. اطلاعات ناشناس خواهد بود و اسامی شرکت کنندگان منتشر نخواهد شد. روند طول می کشد کمتر از 10 دقیقه و تمام سوالات باید پاسخ داده شود.

3. مزایای مورد انتظار از تحقیق. پژوهش در اختلال استرس پس از سانحه منجر به بهبود زندگی، درک مشکل و اثرات آن بر سلامت، توسعه و آزمایش درمان به منظور تسهیل و یا حل مشکل، و در نهایت، پیدا کردن راه هایی برای جلوگیری از این مشکل در اولین مکان

4. اطلاعات دریغ نکنید که سوالاتی در مورد هدف یا روند کار مطرح کنید. اگر شک و تردید دارید، لطفاً از ما بخواهید تا روشن شود.

5. آزادی اجماع. مشارکت در کار داوطلبانه است شما آزاد هستید که هر زمان که بخواهید مشارکت خود را سیگنال یا قطع کنید.

6. بیانیته رضایت من این فرم را خواندم و روشهایی را که دنبال می کنم، درک کردم. من موافقم که در کار تحقیق شرکت کنم

امضای محقق / تاریخ

امضای یک شرکت کننده

