

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ
ΣΥΡΙΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΩΑΝΝΑ ΚΟΥΚΟΥΛΗ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΤΣΟΛΑΚΙΔΗΣ

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΑΛΤΙΝΤΑΣΙΩΤΗΣ

ΧΡΥΣΑΥΓΗ ΤΕΜΟ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2016

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ
ΣΕ ΣΥΡΙΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ**

Δρ Θεοφανίδης Δημήτριος, Καθηγητής Εφαρμογών (Επιβλέπων)

Κουκουρίκος Κωνσταντίνος, Καθηγητής

Δρ Καζάκος Κυριάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ερευνητική ομάδα θα ήθελε να ευχαριστήσει ολόθερμα όλους τους μεταφραστές, που συνέβαλαν στην ορθή μετάφραση του ερωτηματολογίου, καθώς και στη διαδικασία διαμοιρασμού τους. Ακόμη, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλες τις αρμόδιες αρχές για τις άδειες που παρείχαν, καθώς χωρίς αυτές η έρευνα θα ήταν ακατόρθωτη. Τέλος, ευχαριστούμε μέσα από την ψυχή μας τον καθηγητή που μας επέβλεπε και μας υποστήριζε σε κάθε βήμα της παρούσας εργασίας!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	10
2.1. Ιστορική Αναδρομή.....	10
2.1.1. Ορισμοί.....	10
2.1.2. Παράγοντες που Ωθούν το Άτομο προς τη Μετανάστευση	12
2.1.3. Μετανάστευση στην Ευρώπη	12
2.1.3.1. Μετατροπή της Ευρώπης σε Πόλο Έλξης Μεταναστών	14
2.1.3.2. Διαμόρφωση της Μεταναστευτικής Πολιτικής της Ευρώπης για την Αντιμετώπιση των Πρώτων Μεταναστευτικών Ρευμάτων	15
2.1.3.3. Η Μετανάστευση στην Ευρώπη τα Τελευταία Χρόνια	16
2.1.4. Αραβική Άνοιξη.....	17
2.1.4.1. Ορισμός.....	17
2.1.4.2. Ιστορικό Υπόβαθρο	17
2.1.4.3. Παράγοντες που Οδήγησαν στην Αραβική Άνοιξη	18
2.1.4.4. Έναρξη κι Έκβαση των Επαναστατικών Κινήματων στα Αραβικά Κράτη	20
2.1.4.5. Η Αραβική Άνοιξη στην Συρία	22
2.1.4.6. Λόγοι Σταδιακής Συρρίκνωσης των Επαναστατικών Κινήματων της Αραβικής Άνοιξης 24	
2.1.4.7. Οι Επιπτώσεις της Αραβικής Άνοιξης στον Ελλαδικό Χώρο	25
2.2. Το Σύνδρομο Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες	28
2.2.1. Η Ιστορία του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Άγχους.....	28
2.2.2. Η Έννοια του Ψυχολογικού Τραύματος.....	28
2.2.3. Η Έννοια του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες	29
2.2.4. Συμπτώματα.....	30
2.2.5. Παράγοντες Κινδύνου για την Ανάπτυξη του Συνδρόμου.....	30
2.2.6. Η Πορεία Εξέλιξης του Συνδρόμου	31
2.2.7. Συνυπάρχουσες Παθήσεις	31
2.2.8. Διαφορικές Διαγνώσεις	32
2.2.9. Επιδημιολογία	33
2.3. Εργαλεία Διάγνωσης κι Αξιολόγησης PTSD	35

2.3.1.	DSM Κριτήρια	35
2.3.2.	Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (SCID)	37
2.3.3.	Κλίμακα PTSD Χορηγούμενη από Κλινικό Επαγγελματία (CAPS)	37
2.3.4.	Συνέντευξη Κλίμακας Συμπτωμάτων PTSD (PSS-I).....	38
2.3.5.	Δομημένη Συνέντευξη για το PTSD (SIP)	38
2.3.6.	Κλίμακα Αντίκτυπου Γεγονότος (IES)	39
2.3.7.	PTSD Checklist (PCL)	39
2.4.	Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες	41
2.4.1.	Ψυχιατρικές Μέθοδοι.....	41
2.4.2.	Φαρμακολογικές Μέθοδοι.....	45
2.4.3.	Φυσικές Μέθοδοι	47
2.4.4.	Πρόληψη.....	49
2.4.5.	Επίλογος	50
3.	ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	51
4.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
4.1.	Σχεδιασμός της Έρευνας	52
4.1.1.	Είδος Έρευνας.....	52
4.1.2.	Πλάνο Διεξαγωγής της Έρευνας.....	52
4.2.	Περιγραφή του Δείγματος	53
4.2.1.	Χαρακτηριστικά.....	53
4.2.2.	Ηθική Εκτίμηση	53
4.3.	Εργαλεία Μέτρησης	54
4.4.	Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	55
4.5.	Περιορισμοί Έρευνας	57
4.6.	Ανάλυση των Δεδομένων	58
4.7.	Αποτελέσματα.....	58
4.8.	Συζήτηση	70
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	75
6.	ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	77
6.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
7.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	84

Πρόλογος

Το Σύνδρομο Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους αποτελεί μία αρκετά επικίνδυνη ψυχική ασθένεια τόσο για το άτομο, όσο και για την ίδια την κοινωνία, κι εμφανίζεται μετά από την έκθεση του ατόμου σε κάποιο τραυματικό γεγονός. Μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να ανακαλύπτονται και να μελετώνται οι επιδράσεις των συμπτωμάτων του στο σύνολο του πληθυσμού, αναγνωρίζοντας τις σοβαρές επιπτώσεις που επιφέρει στη λειτουργικότητα της κοινωνίας. Αναφέρεται, μάλιστα, μέσα από διάφορες έρευνες, πως μία από τις πιο συχνές περιπτώσεις εμφάνισής του, είναι μετά από έκθεση του ατόμου σε πόλεμο, κάτι που ως επί το πλείστον χαρακτηρίζει τον πληθυσμό των προσφύγων που καταφθάνουν στην Ελλάδα. Αυτός είναι ένας αρκετά σημαντικός λόγος για τη διερεύνηση των επιπέδων του μετατραυματικού στρες στον πληθυσμό αυτό, καθώς δεν κρίνεται μόνο η υγεία των ατόμων αυτών, αλλά και η λειτουργικότητα της κοινωνίας με την οποία συναναστρέφονται.

Η ψυχική αυτή ασθένεια μπορεί να εμφανισθεί τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά. Σε γενικές γραμμές, περίπου το 70% του πληθυσμού υποστηρίζεται πως έχει βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός, ενώ από το σύνολο αυτό το 20% αναπτύσσει μετατραυματικό στρες. Μάλιστα, έρευνες έχουν δείξει πως οι γυναίκες είναι ελαφρώς πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του από τους άντρες. Μείζονος σημασίας κρίνεται η άμεση διάγνωση του σε παιδιά, καθώς το στρες συχνά επηρεάζει τη συγκέντρωση, την μνήμη, την προσοχή αλλά και την ικανότητα λήψης αποφάσεων, γεγονός που θα οδηγήσει σε μία προβληματική ζωή στο μέλλον. Παρόλα αυτά, έχουν αναπτυχθεί ορισμένοι μέθοδοι αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες με πολλά υποσχόμενα αποτελέσματα.

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τον μεγάλο αριθμό προσφύγων που καταφθάνουν στη χώρα μας κάθε χρόνο, θέτουν την αναγνώριση της ψυχικής αυτής ασθένειας, που μπορεί να πλήττει τον πληθυσμό αυτό, την οργάνωση και την αντιμετώπισή της σε προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας. Η χαμηλή ποιότητα ζωής, που μπορούν να οδηγηθούν αυτοί οι ψυχικοί ασθενείς, αυξάνει τη χρήση διάφορων υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών με συνέπεια τη σπατάλη δαπανών από μέρους της κοινωνίας. Ο ρόλος, λοιπόν, του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός σε αυτόν τον τομέα καθώς, με τη σωστή πληροφόρηση, μπορεί να εντοπίσει άμεσα το πρόβλημα και να προτείνει λύσεις, τόσο στους ασθενείς αυτούς, όσο και στην κοινωνία, προάγοντας με αυτόν τον τρόπο την ποιότητα ζωής του πληθυσμού αυτού. Έτσι, μάλιστα, εκτελεί το καθήκον του σαν επαγγελματίας υγείας, συνεισφέροντας στην ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος του μετατραυματικού στρες.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με αρκετές έρευνες, υπάρχει μια *πληθώρα* γεγονότων και καταστάσεων που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την *ψυχική υγεία* ενός ατόμου. Πολλές φορές αυτή η επιρροή μπορεί να καταπολεμηθεί από το ίδιο το άτομο, χωρίς καμία παρέμβαση, μέσω των διαφόρων αμυντικών μηχανισμών του, ενώ άλλες φορές η επιρροή των τραυματικών γεγονότων μπορεί να οδηγήσει στη διαμόρφωση του *συνδρόμου μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής*.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία (2013), η διαταραχή του μετατραυματικού στρες «είναι μία ψυχιατρική διαταραχή η οποία μπορεί να συμβεί σε ανθρώπους που έχουν βιώσει ή έχουν γίνει μάρτυρες ενός τραυματικού γεγονότος όπως είναι μία φυσική καταστροφή, ένα σοβαρό ατύχημα, μία τρομοκρατική επίθεση, ο πόλεμος ή η μάχη, ο βιασμός ή άλλη επίθεση στο άτομο αυτό». Αδιαμφισβήτητα ένα τέτοιο συμβάν αποτελεί ο *πόλεμος*, αφού κατά την διάρκειά του το άτομο έχει μεγάλες πιθανότητες να βιώσει τραυματικές εμπειρίες, μεταξύ των οποίων το θάνατο, καθώς και η διαδικασία της *μετανάστευσης*, η οποία αναγκάζει το άτομο να εγκαταλείψει το σπίτι του προς αναζήτηση καλύτερων συνθηκών ζωής. Συγκεκριμένα, ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (ΙΜΟ) ορίζει την μετανάστευση ως μία *μετακίνηση* ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων είτε μέσα από διεθνή σύνορα, είτε μέσα σε ένα κράτος, ανεξάρτητα από το μέγεθος της, τη σύνθεσή της (πόσοι άνδρες, γυναίκες, παιδιά συμμετέχουν, ποιας ηλικιακής ομάδας και ποιας εθνικότητας) και των αιτιών που την προκάλεσαν (ΙΜΟ 2011).

Από τα παραπάνω απορρέει το γεγονός ότι ο πληθυσμός των μεταναστών, που εισέρχονται στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, είναι ένας πληθυσμός που φέρει την *πιθανότητα* ανάπτυξης μετατραυματικού στρες, δεδομένου ότι έχει βιώσει και πόλεμο και μετανάστευση. Το θέμα, λοιπόν, της παρούσας εργασίας αναπτύσσεται γύρω από τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου πληθυσμού ως μετανάστες, την ψυχική αυτή διαταραχή, καθώς και κατά πόσο ο εν λόγω πληθυσμός πλήττεται από την ασθένεια αυτή. Εφόσον, όμως, το φαινόμενο της μετανάστευσης λόγω της αναταραχής του αραβικού κόσμου τα τελευταία έτη, αλλά και του συριακού εμφυλίου πολέμου, είναι σχετικά *πρόσφατο*, δεν υπάρχει αρκετή γνώση όσον αφορά το κατά ποσό οι μετανάστες αυτοί πάσχουν από το σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού στρες, και αν όντως πάσχουν, σε τι βαθμό. Μάλιστα, αν ληφθεί υπόψιν το αντίκτυπο που επιφέρει αυτός ο πληθυσμός μόνος του, αλλά και σε συνδυασμό με τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή στην κοινωνία, περισσότερη γνώση πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα είναι απαραίτητη τόσο για την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας των μεταναστών, όσο και για τη σωστή λειτουργία της κοινωνίας που τους φιλοξενεί.

Ο σκοπός της έρευνας αυτής είναι η διερεύνηση της *ύπαρξης ή μη* του συνδρόμου αγχώδους μετατραυματικής διαταραχής στους μετανάστες, που ταξίδεψαν έως την Ελλάδα από την ανατολή.

Ακόμη, στην περίπτωση εύρεσης της ψυχικής αυτής διαταραχής, στην έρευνα θα σημειωθεί και ο βαθμός έντασης του μετατραυματικού στρες. Στόχος είναι η ενημέρωση της κοινωνίας όσον αφορά το αντίκτυπο που είχαν τα τραυματικά συμβάντα στην ψυχική υγεία των προσφύγων, αλλά και η παροχή υποστήριξης και βοήθειας στα άτομα αυτά όσο το δυνατόν γρηγορότερα, σε περίπτωση που τη χρειάζονται. Παρόλα αυτά, να σημειωθεί πως λόγω της ποικιλίας των χωρών προέλευσης των μεταναστών, και της διαφορετικής γλώσσας της καθημίας, η έρευνα περιορίστηκε στους αραβόφωνους μετανάστες. Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της έρευνας αυτής είναι και η αναφορά της μόνο σε ενήλικους πρόσφυγες για λόγους που θα αναφερθούν στη συνέχεια της εργασίας.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη, όπως θα αναλυθεί και στην συνέχεια, σε ένα κέντρο φιλοξενίας προσφύγων της βορείου Ελλάδος. Πρόκειται για μία ποιοτική, τυχαιοποιημένη, αναδρομική έρευνα κι επομένως οι συμμετάσχοντες επιλέχθηκαν τυχαία από τον πληθυσμό. Για να προκύψει η διαπίστωση ή όχι του μετατραυματικού στρες στο δείγμα, έγινε χρήση του επίσημου ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους, ειδικά σχεδιασμένο για πολίτες, από το Αυστραλιανό Κέντρο για την Μετατραυματική Ψυχική Υγεία. Όσον αφορά την αξιολόγηση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του παραπάνω εργαλείου, αυτή έγινε με τη συμβουλή των κριτηρίων DSM-IV, το οποίο είναι ακρώνυμο του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, που στα ελληνικά μεταφράζεται ως «Εγχειρίδιο Διάγνωσης και Στατιστικής των Ψυχικών Διαταραχών, 4η Έκδοση».

Τέλος, στα κεφάλαια που θα ακολουθήσουν γίνεται περαιτέρω ανάλυση των παραπάνω ζητημάτων. Συγκεκριμένα στο δεύτερο κεφάλαιο εν ονόματι «Θεωρητικό Πλαίσιο» παρουσιάζεται η «Ιστορική Αναδρομή» σαν υποκεφάλαιο, όπου παραθέτονται περισσότερες πληροφορίες πάνω στο ζήτημα της μετανάστευσης γενικότερα ανά τα χρόνια. Επίσης, στο υποκεφάλαιο αυτό γίνεται ενημέρωση και για το κύμα των μεταναστών προς την Ευρώπη τα τελευταία χρόνια. Στο δεύτερο υποκεφάλαιο, το οποίο έχει τον τίτλο «Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες», αναλύεται σε βάθος η εν λόγω ψυχική διαταραχή με τα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα και την πορεία της νόσου να είναι μερικά από τα μέρη που απαρτίζουν το κεφάλαιο. Ακόμη, σε αυτό το υποκεφάλαιο βρίσκεται και η επιδημιολογία του μετατραυματικού στρες, όπου αναφέρονται ορισμένα στατιστικά που αφορούν διάφορους πληθυσμούς. Στο επόμενο υποκεφάλαιο γίνεται λόγος για τα «Εργαλεία Διάγνωσης κι Αξιολόγησης της Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες». Εδώ πέρα παρατίθενται διάφορα εργαλεία, με τα οποία μπορεί να διαγνωσθεί η ψυχική αυτή διαταραχή, όπως για παράδειγμα ερωτηματολόγια και τύποι συνεντεύξεων, καθώς και τα κριτήρια με τα οποία γίνεται η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Στο τέταρτο υποκεφάλαιο με τίτλο «Αντιμετώπιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες» παρουσιάζονται αναλυτικά οι διάφορες μέθοδοι αντιμετώπισης της ασθένειας αυτής. Αναλυτικότερα, γίνεται διαχωρισμός σε ψυχιατρικές, φαρμακευτικές και φυσικές

μεθόδους, όπως επίσης γίνεται λόγος και για συνδυασμό των παραπάνω, καθώς ακόμη αναλύεται και η αποτελεσματικότητά τους. Ακολουθούν οι «Υποθέσεις Εργασίας», σαν το τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, όπου διατυπώνονται οι υποθέσεις της ερευνητικής ομάδας. Στη συνέχεια, βρίσκεται το κεφάλαιο «Μεθοδολογία Έρευνας», στο οποίο αναλύεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα έρευνα, όπως είναι ο σχεδιασμός, το δείγμα, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και οι περιορισμοί που εντοπίστηκαν, αλλά και η ανάλυση των δεδομένων, τα αποτελέσματα και η συζήτηση. Τέλος παρατίθεται ένα κεφάλαιο με τα «Συμπεράσματα» της παρούσας έρευνας, καθώς και προτάσεις για μελλοντική ανάπτυξη επί του θέματος.

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Καθ' όλη τη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας η *μετανάστευση* υπήρξε ένα σύνηθες φαινόμενο. Παλαιοντολογικά ευρήματα δείχνουν ότι το πρώτο μεταναστευτικό κύμα του μοντέρνου ανθρώπου (*homo sapiens*) έγινε πριν 200.000 χρόνια από την αφρικανική ήπειρο, και συνεχίστηκε αποικίζοντας μέσα στις επόμενες χιλιετίες και τον υπόλοιπο πλανήτη, με κύρια κίνητρα την αναζήτηση ευνοϊκότερων συνθηκών διαβίωσης, αλλά και την απομάκρυνση από σφοδρά καιρικά φαινόμενα και φυσικές καταστροφές (HENNIG & BENJAMIN 2016).

2.1.1. Ορισμοί

Για να γίνει όμως κατανοητό το φαινόμενο της μετανάστευσης και τα ιστορικά γεγονότα που συνδέονται με αυτήν, κρίνεται αναγκαία η αποσαφήνιση του όρου της μετανάστευσης αλλά και των όρων που την περιβάλλουν.

Έτσι, σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό για τη μετανάστευση (IMO), μετανάστευση ορίζεται ως η *μετακίνηση* ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων είτε μέσα από διεθνή σύνορα, είτε μέσα σε ένα κράτος. Είναι μια μετακίνηση πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένης οποιασδήποτε μετακίνησης ανθρώπων, ανεξάρτητα από το μέγεθος της, τη σύνθεσή της (πόσοι άνδρες, γυναίκες, παιδιά συμμετέχουν, ποιας ηλικιακής ομάδας και ποιας εθνικότητας) και των αιτιών που την προκάλεσαν. Συμπεριλαμβάνει μετανάστευση προσφύγων, οικονομικών μεταναστών, εκτοπισμένων πληθυσμών αλλά και μετακίνηση ατόμων για άλλους λόγους, όπως η οικογενειακή επανένωση (I.M.O. 2011).

Διαχωρίζεται σε *εκούσια*, όταν τα άτομα που την απαρτίζουν μετακινούνται με τη θέληση τους, χρησιμοποιώντας τα υπάρχοντα μέσα μεταφοράς και ακολουθώντας τις νόμιμες διαδικασίες, κάνοντας το ταξίδι πιο άνετο, και σε *ακούσια*, όταν υπάρχει το στοιχείο του εξαναγκασμού, συμπεριλαμβανομένης της απειλής της ζωής του ατόμου, είτε αυτή προέρχεται από φυσικές, είτε από ανθρωπογενείς αιτίες (μετακινήσεις προσφύγων, εσωτερικά εκτοπισμένων πληθυσμών και ανθρώπων μετακινούμενων από φυσικές ή περιβαλλοντικές καταστροφές, χημικές ή πυρηνικές καταστροφές, πείνα και αναπτυξιακά σχέδια) (I.M.O. 2011).

Παράλληλα, η μετανάστευση χωρίζεται ανάλογα με τον τόπο προορισμού σε *Υπερπόντια* και *Ηπειρωτική*, ανάλογα με το αν μεταξύ της χώρας προορισμού και προέλευσης παρεμβάλλεται θάλασσα ή όχι και με το αν η χώρα προορισμού βρίσκεται σε άλλη ήπειρο (Μπαγκλαβός & Παπαδοπούλου 2000). Ακόμη, διαχωρίζεται και με κριτήριο την αλλαγή ή όχι του τρόπου ζωής, σε

σχέση με τον τρόπο ζωής του ατόμου πριν την μετανάστευση, σε καινοτόμο, όταν μεταβάλλεται ο τρόπος ζωής του μετανάστη, και σε συντηρητική, όταν δεν παρουσιάζεται κάποια μεταβολή (Τσαούσης 1985).

Μια επιπλέον διάκριση της μετανάστευσης είναι αυτή σε *παράνομη* και *νόμιμη*. Παράνομη θεωρείται η μετανάστευση όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων εισέρχεται σε μια χώρα μέσω στεριάς, θάλασσας ή αέρος, χρησιμοποιώντας πλαστά ή λανθασμένα έγγραφα, είτε με τη βοήθεια οργανωμένων εγκληματικών κυκλωμάτων λαθρομετανάστευσης, είτε με τη νόμιμη είσοδο στη χώρα και την μετέπειτα παραβίαση του χρόνου παραμονής σε αυτήν (EU Legislation 2007). Από την άλλη, νόμιμη θεωρείται η μετανάστευση όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων εισέρχεται σε μια χώρα, ακολουθώντας όλες τις νόμιμες διαδικασίες, και διαθέτοντας τα απαραίτητα έγγραφα για την είσοδο, παραμονή και εργασία σε αυτή.

Ακόμη, με τον όρο *μετανάστης* ορίζεται οποιοδήποτε άτομο μετακινείται ή έχει μετακινηθεί μέσα από διεθνή σύνορα ή μέσα σε ένα κράτος, μακριά από τον τόπο κατοικίας του, ανεξάρτητα από τη νομική υπόσταση του ατόμου, αν η μετακίνηση αυτή υπήρξε εθελοντική ή εξαναγκασμένη, από το ποιο ήταν οι λόγοι που οδήγησαν το άτομο στη μετανάστευση και τέλος από το ποιο είναι το χρονικό διάστημα παραμονής του στη χώρα (I.M.O. 2011). Διακρίνεται σε *μόνιμος*, όταν το άτομο μετακινείται σε μια χώρα διαφορετική από τη χώρα διαμονής για χρονικό διάστημα τουλάχιστον ενός χρόνου, έτσι ώστε σταδιακά η χώρα προορισμός να γίνει χώρα διαμονής, και σε *προσωρινός* όταν το άτομο μετακινείται σε μια χώρα διαφορετική από τη χώρα διαμονής για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών και λιγότερο από ένα χρόνο, με εξαίρεση τα άτομα που παρευρίσκονται στη χώρα για διακοπές, εργασία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή θρησκευτικούς λόγους (United Nations 2016).

Ως *πρόσφυγας* ορίζεται ένα άτομο το οποίο διακατέχεται από βάσιμους φόβους καταδίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών απόψεων ή συμμετοχής σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες, βρίσκεται έξω από τη χώρα καταγωγής του και είναι ανίκανο, ή λόγω του φόβου δεν επιθυμεί να οφεληθεί από την προστασία της χώρας του (I.M.O. 2011). Ωστόσο, ο πρόσφυγας δεν πρέπει να ταυτίζεται με τον αιτούντα ασύλου, καθώς ως αιτούντας ασύλου θεωρείται το άτομο που αναζητεί ασφάλεια από καταδίωξη ή σοβαρό κίνδυνο σε μια χώρα, διαφορετική από τη χώρα καταγωγής του, και περιμένει την απόφαση της χώρας για την ένταξη του σε καθεστώς πρόσφυγα υπό τις σχετικές διεθνείς αλλά κι εθνικές διατάξεις. Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης, υποχρεούται να εγκαταλείψει την χώρα και να αναζητήσει αλλού άσυλο, εκτός κι αν η άδεια χορηγηθεί υπό ανθρωπιστικά ή άλλα κριτήρια, ενώ πρόσφυγας θεωρείται ένα άτομο στο οποίο ήδη παρέχεται προστασία από τη χώρα-προορισμό (United Nations 2016).

2.1.2. Παράγοντες που Ωθούν το Άτομο προς τη Μετανάστευση

Οι παράγοντες που ωθούν το άτομο προς την μετανάστευση ανά τους αιώνες χωρίζονται ενδεικτικά σε πέντε κατηγορίες.

Φυσικοί παράγοντες, καθώς οι μεταβολές που υφίσταται το φυσικό περιβάλλον λόγω ξηρασίας, πλημμύρας ή άλλων φυσικών καταστροφών καθιστούν δύσκολη την επιβίωση, ιδιαίτερα όταν το επίπεδο τεχνολογίας και τεχνογνωσίας είναι χαμηλό, με αποτέλεσμα ο γηγενής πληθυσμός να βασίζεται περισσότερο στην αγροτική παραγωγή και την φύση για την επιβίωσή του.

Κοινωνικοί παράγοντες, καθώς σε πολλές κοινωνίες η μετανάστευση αποτελεί προϋπόθεση κοινωνικής προκοπής και ανόδου (Parrenas 2001).

Οικονομικοί, καθώς η έλλειψη απασχόλησης ή η υποαπασχόληση σε συνδυασμό με τα χαμηλότερα εισοδήματα των εργαζομένων σε λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, σε σύγκριση με αυτά των εργαζομένων σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες, αποτελούν καθοριστικό παράγοντα μετανάστευσης από τις πρώτες στις δεύτερες.

Πολιτικοί, όταν το άτομο υφίσταται διώξεις λόγω φυλής, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης ή πολιτικών πεποιθήσεων, καθώς και η κακή μεταχείριση μεμονωμένων ατόμων ή μειονοτήτων από την χώρα.

Τέλος, οι *ψυχολογικοί παράγοντες* διαδραματίζουν μεγάλο ρόλο στην απόφαση του ατόμου να μεταναστεύσει, αφού πολλές φορές διακατέχεται από αισθήματα τυχodiωκτισμού, ή ακολουθεί τα πρότυπα των συγγενών και φίλων του που έχουν ήδη μεταναστεύσει (Τσαούσης 1985).

2.1.3. Μετανάστευση στην Ευρώπη

Στο πέρασμα των αιώνων, λοιπόν, η μετανάστευση πληθυσμών από το ένα μέρος της γης στο άλλο ήταν καθημερινό φαινόμενο, όπως και η ελεύθερη μαζική μετανάστευση πληθυσμών, αλλά και σκλάβων και μισθωμένων υπηρετών, τους τελευταίους 2 αιώνες κατά κύριο λόγο από και προς τον ευρωπαϊκό χώρο.

Κάποια από τα κυριότερα μεταναστευτικά ρεύματα στην ευρωπαϊκή ιστορία έλαβαν χώρα κατά τον 19^ο αιώνα με την ανακάλυψη της Αμερικής από τους Ευρωπαίους εξερευνητές, η οποία σηματοδότησε την αρχή μιας σταθερής μεταναστευτικής ροής προς το Νέο Κόσμο. Ωστόσο, το υψηλό κόστος του ταξιδιού σε συνδυασμό με το μεγάλο ρίσκο που διέτρεχε ο μετανάστης από το πέρασμα του ατλαντικού, έκαναν το ταξίδι εφικτό μόνο για τους πιο πλούσιους και τους πιο θαρραλέους. Παρόλα αυτά, η εθελοντική μετανάστευση γρήγορα μετατράπηκε σε *εξαναγκαστική*, αφού η μεγάλη ζήτηση για εργατικό δυναμικό είχε ως αποτέλεσμα οι εθελοντές – μετανάστες να αποτελούνται από σκλάβους (κυρίως αφρικανικής καταγωγής), μισθωμένους υπηρέτες και

κατάδικους, των οποίων τα ταξιδιωτικά έξοδα χρηματοδοτούνταν από άλλους. Περίπου 11,3 εκατομμύρια άνθρωποι μετανάστευσαν στον Νέο Κόσμο μέχρι το 1820, από τους οποίους τα 8,7 εκατομμύρια ήταν Αφρικανοί σκλάβοι. Έτσι, με το ξεκίνημα της μαζικής μετανάστευσης στον Νέο Κόσμο, παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση των μεταναστών, καθώς τις τρεις πρώτες δεκαετίες του 1846 οι μετανάστες αριθμούν περί τους 300.000 το χρόνο, με τον αριθμό τους να αυξάνεται τις επόμενες δεκαετίες μέχρι το 1900 στο 1 εκατομμύριο, με κύριες χώρες προέλευσης τις πλουσιότερες χώρες της Ευρώπης, όπως Αγγλία και Γερμανία, ακολουθούμενες τα επόμενα χρόνια, από τις Σκανδιναβικές χώρες και τις χώρες της νοτιοανατολικής Ευρώπης (Williamson 2006).

Σημαντικά μεταναστευτικά κύματα έλαβαν μέρος και στο εσωτερικό της Ευρώπης με την αρχή της βιομηχανικής επανάστασης την περίοδο μεταξύ των δεκαετιών του 1850 και του 1890. Κύριες χώρες προορισμοί για τους ευρωπαίους μετανάστες υπήρξαν οι βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες της δυτικής Ευρώπης, όπως η Αγγλία, που δέχθηκε μετανάστες από την Ιρλανδία και τις Σκανδιναβικές χώρες, η Γαλλία και η Γερμανία, που δέχθηκαν μετανάστες από την Ιταλία και τις χώρες της ανατολικής Ευρώπης (Williamson 2006).

Η μαζική μετανάστευση συνεχίστηκε μετά το τέλος του 2^{ου} Παγκόσμιου Πολέμου, με κύριους προορισμούς των Ευρωπαίων μεταναστών την Αμερική και την Αυστραλία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι κατά την περίοδο 1900-1940 μετά τον 1^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, κατά την οποία επικρατούσε ένα καθεστώς ελεύθερης μετακίνησης πληθυσμών μεταξύ των διαφόρων κρατών, ενώ παράλληλα δεν ίσχυε κάποια ιδιαίτερη μεταναστευτική πολιτική για την είσοδο των μεταναστών στις χώρες προορισμού, τα ποσοστά της μαζικής μετανάστευσης στις ευρωπαϊκές χώρες μειώνονται, ενώ κατά την περίοδο 1940 και μετά παρουσιάζεται μια σταδιακή αύξηση, παρά το γεγονός ότι η Ευρώπη εξέρχεται από έναν πολύνεκρο πόλεμο με τα κράτη που την απαρτίζουν να είναι διαχωρισμένα και να θεσπίζουν νέες μεταναστευτικές πολιτικές, βάζοντας φρένο στην ελεύθερη μετακίνηση των ατόμων από χώρα σε χώρα (Williamson 2006).

Έτσι, με την θέσπιση αυστηρών νόμων και την εφαρμογή σκληρών μεταναστευτικών πολιτικών, σταματά μια παράδοση χρόνων στην μετανάστευση μεταξύ ανατολικής και δυτικής Ευρώπης, η οποία όμως θα συνεχίσει λίγα χρόνια αργότερα με την πτώση του τείχους του Βερολίνου το 1989 και το τέλος του ψυχρού πολέμου το 1990, και την έναρξη ενός νέου μεταναστευτικού κύματος από τις χώρες της Πρώην Σοβιετικής Ένωσης προς τη δυτική Ευρώπη (Williamson 2006).

2.1.3.1. Μετατροπή της Ευρώπης σε Πόλο Έλξης Μεταναστών

Από το 1990 και μετά, όπου έλαβε χώρα το τέλος του ψυχρού πολέμου με την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης, η ροή των Ευρωπαίων μεταναστών προς τις χώρες άλλων ηπείρων παρουσιάζει σημαντική μείωση (Williamson 2006).

Καταλυτικός παράγοντας της μείωσης της ευρωπαϊκής μετανάστευσης υπήρξε η υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχ στις 7 Φεβρουαρίου 1992, συνθήκης που αποτελεί συνέχεια και ολοκλήρωση της ήδη υπάρχουσας συνθήκης της Ρώμης 1952-1992. Η συνθήκη της Ρώμης δεν είχε μεγάλη απήχηση στις ευρωπαϊκές χώρες, αφού συμμετείχαν σε αυτήν μόνο η Γαλλία, η Γερμανία, η Ιταλία και οι χώρες του Μπένελουξ (μια οικονομική ομοσπονδία μεταξύ Ολλανδίας, Λουξεμβούργου και Βελγίου), δεδομένου ότι η συνθήκη υπογράφεται σε μια μεταπολεμική Ευρώπη, της οποίας τα κράτη διακατέχονται από αισθήματα καχυποψίας και, πολλές φορές, μίσους για τα γειτονικά κράτη (EU Legislation 2010). Κατάφερε, ωστόσο, να θέσει τις βάσεις για τη συνθήκη του Μάαστριχ, που σηματοδοτεί την έναρξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, βασιζόμενη σε τρεις άξονες: Διαμόρφωση Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, κοινή Εξωτερική Πολιτική και Πολιτική Ασφαλείας, καθώς και αστυνομική και δικαστική συνεργασία για τα κράτη μέλη. Την συνθήκη του Μάαστριχ ήρθαν να συμπληρώσουν τρεις ακόμα συνθήκες τα επόμενα χρόνια, η συνθήκη του Άμστερνταμ (1997), η συνθήκη της Νίκαιας (2001) και η συνθήκη της Λισαβόνας (2007).

Βασικοί στόχοι της νεοσύστατης ένωσης υπήρξαν η ενίσχυση της δημοκρατικής νομιμότητας των θεσμών, η βελτίωση της αποτελεσματικότητας των θεσμών, η εδραίωση μιας σταθερής οικονομικής και νομισματικής ένωσης, η ανάπτυξη μιας κοινωνικής διάστασης και η εδραίωση μιας κοινής Εξωτερικής Πολιτικής και Πολιτικής Ασφαλείας. Οι βασικές πολιτικές της ένωσης εστιάζουν στη διαμόρφωση διευρωπαϊκών δικτύων μεταφοράς, στην βιομηχανική ανάπτυξη, στην προστασία των καταναλωτών, στην εκπαίδευση και την επαγγελματική κατάρτιση στον πολιτισμό και στην νεολαία. Η ατζέντα της κοινωνικής πολιτικής περιελάμβανε προαγωγή της εργασίας, βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, επαρκή κοινωνική προστασία, κοινωνικό διάλογο, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού για τη διασφάλιση ενός υψηλού και διατηρήσιμου επιπέδου απασχόλησης και ενσωμάτωση των ατόμων που αποκλείονται από την αγορά εργασίας στο κοινωνικό σύνολο (EU Legislation 2010).

Οι παραπάνω στόχοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην μείωση της ευρωπαϊκής μετανάστευσης, ενώ παράλληλα εγκαινίασαν μια νέα περίοδο οικονομικής, πολιτικής και κοινωνικής ανάπτυξης για τα κράτη μέλη της Ένωσης, με αποτέλεσμα η Ευρώπη να μετατραπεί σε ένα μεγάλο οικονομικό και πολιτισμικό κέντρο, και να αποτελέσει τα επόμενα χρόνια πόλο έλξης μεταναστών από όλο τον κόσμο (Huysmans 2010).

Επιπλέον, για τη διευκόλυνση της μετακίνησης των Ευρωπαίων πολιτών εντός της ευρωπαϊκής ένωσης, αλλά και την ενίσχυση της συνεργασίας των ευρωπαϊκών χωρών σε θέματα ασφάλειας και απόδοσης δικαιοσύνης (ενισχυμένη αστυνομική και δικαστική συνεργασία και ευκολότερη καταδίωξη εγκληματιών από χώρα σε χώρα), υπογράφηκε το 1990 η συνθήκη Σένγκεν. Αρχικά υπογράφηκε από επτά μέλη της Ένωσης, και στη συνέχεια ακολούθησαν τα υπόλοιπα, με εξαίρεση την Κύπρο, τη Βουλγαρία, την Κροατία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία και τη Ρουμανία, καθώς και από τη Νορβηγία, την Ισλανδία, τη Φινλανδία και το Λιχτενστάιν που δεν ήταν μέλη της Ένωσης, τα οποία αποτέλεσαν τη Ζώνη Σένγκεν (European Commission 2016).

Ωστόσο, η μεγάλη οικονομική και πνευματική άνηση στην Ευρώπη συνάδει με την έναρξη πολιτικών και πολεμικών συγκρούσεων στην μέση ανατολή, με κυριότερες τον πόλεμο μεταξύ του Ιράν και του Ιράκ (1980-1989), τον εμφύλιο πόλεμο στον Λίβανο και τις επιθέσεις του Ισραήλ εναντίων της Παλαιστίνης (Mather 2014).

Τα παραπάνω ιστορικά γεγονότα, σε συνδυασμό με την πείνα, τη φτώχεια, την επικράτηση απολυταρχικών καθεστώτων και την έλλειψη δημοκρατικών δικαιωμάτων και ελευθεριών στην μέση ανατολή, αλλά και στις αφρικανικές χώρες, ώθησαν όλο και περισσότερους ανθρώπους στην μετανάστευση και στην αναζήτηση ενός καλύτερου βιοτικού επιπέδου στην οικονομικά και πνευματικά ανεπτυγμένη Ευρώπη (Salamey 2015).

2.1.3.2. Διαμόρφωση της Μεταναστευτικής Πολιτικής της Ευρώπης για την Αντιμετώπιση των Πρώτων Μεταναστευτικών Ρευμάτων

Για τη διαχείριση των πρώτων μεταναστευτικών ρευμάτων από την μέση ανατολή, αλλά και τις χώρες της αφρικανικής ηπείρου, η Ευρωπαϊκή Ένωση αποφασίζει την ίδρυση το 2004 του Ευρωπαϊκού Οργανισμού για τη διαχείριση της επιχειρησιακής συνεργασίας στα εξωτερικά σύνορα των κρατών μελών (Frontex). Σκοπός της υπηρεσίας είναι η παροχή βοήθειας στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στις συνδεδεμένες χώρες της συνθήκης Σένγκεν στη διαχείριση των εξωτερικών τους συνόρων, στην εναρμόνιση των συνοριακών ελέγχων και στη διευκόλυνση της συνεργασίας των τελωνειακών αρχών με την παροχή τεχνικής βοήθειας και εμπειρογνωμοσύνης. (Ευρωπαϊκή Ένωση 2016).

Παράλληλα, ενισχύει το νομικό πλαίσιο της συνθήκης Σένγκεν, δίνοντας τη δυνατότητα στα κράτη μέλη να διενεργούν ελέγχους στα σύνορα τους με άλλες χώρες της Ένωσης, την αναγκαία χρήση βίζας για τους πολίτες που δεν ανήκουν σε χώρα που εντάσσεται στη Ζώνη Σένγκεν και την εγκαθίδρυση του Συστήματος Πληροφοριών Σένγκεν, ένα ευρείας κλίμακας σύστημα πληροφοριών που υποστηρίζει τους ελέγχους των εξωτερικών συνόρων και την συνεργασία των αρχών στις χώρες που υπάγονται στην ζώνη (Ευρωπαϊκή Ένωση 2016).

2.1.3.3. Η Μετανάστευση στην Ευρώπη τα Τελευταία Χρόνια

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο ευρωπαϊκός χώρος όντας πυρήνας οικονομικής ανάπτυξης και πολιτισμικής προόδου, μετατρέπεται σταδιακά σε πόλο έλξης μεταναστών από τις εμπόλεμες ζώνες της Μέσης Ανατολής. Τα τελευταία δύο χρόνια, όμως, έρχεται αντιμέτωπος με το μεγαλύτερο κύμα μαζικής μετανάστευσης από τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο, με έναν τεράστιο αριθμό προσφύγων και μεταναστών, ο οποίος ανέρχεται σε περισσότερους από ένα εκατομμύριο (Ευρωπαϊκή Ένωση 2016).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 85% των ανθρώπων αυτών προήλθε από κύριες χώρες προέλευσης προσφύγων, με περισσότερους από τους μισούς να έρχονται από τη Συρία, 20% από το Αφγανιστάν και οι υπόλοιποι από χώρες όπως το Ιράκ, την Ερυθραία, το Σουδάν και τη Σομαλία (Γιατροί Χωρίς Σύνορα 2015).

Ωστόσο, λόγω της αυστηρής νομοθεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τους κατοίκους τρίτων χωρών, που δεν ανήκουν στα κράτη μέλη, πολλοί από αυτούς δεν πληρούν τις προϋποθέσεις παραχώρησης ασύλου και ωθούνται σε άμεσο επαναπατρισμό, ενώ άλλοι διαφεύγουν στην ενδοχώρα φοβούμενοι διώξεις, και από την άλλη πλευρά άλλοι γίνονται δεκτοί στα κράτη μέλη, καθώς πληρούν τις προϋποθέσεις για την παραχώρηση ασύλου από αυτές. Έτσι, το μέγεθος του μεταναστευτικού προβλήματος αντικατοπτρίζεται καλύτερα μέσα από την καταγραφή του αριθμού των αιτήσεων για παραχώρηση ασύλου από κατοίκους τρίτων χωρών κάθε χρόνο (Eurostat 2016).

Οι αιτήσεις για παραχώρηση ασύλου είχαν να παρουσιάσουν σημαντική αύξηση από το 1992, όπου η τότε Ευρώπη των 15 δέχθηκε περί τις 672 χιλιάδες αιτήσεις από την πρώην Γιουγκοσλαβία, και μετέπειτα το 2001, όπου η Ευρώπη των 27 πλέον δέχθηκε περί τις 424 χιλιάδες αιτήσεις. Έκτοτε, ο αριθμός των αιτήσεων μειώθηκε σε λιγότερες από 200 χιλιάδες το 2006 μέχρι και το 2012, όπου από εκεί και πέρα οι αιτήσεις παραχώρησης ασύλου στα 28 πλέον κράτη μέλη της Ευρώπης παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση με 431 χιλιάδες το 2013, 627 χιλιάδες το 2014 και τέλος να αγγίζουν το 1 εκατομμύριο 300 χιλιάδες το 2015, σχεδόν διπλάσιες από αυτές του 1992 (Eurostat 2016).

Το 2015 ο αριθμός των μεταναστών που κατέθεσαν για πρώτη φορά αίτηση παραχώρησης ασύλου ανήλθε σε 693 χιλιάδες, με κύριες χώρες προέλευσης τη Συρία, το Αφγανιστάν και το Ιράκ, ενώ λιγότεροι προέρχονταν από Αλβανία, Κόσσοβο και Πακιστάν. Συγκεκριμένα, από τους 1 εκατομμύριο 300 χιλιάδες αιτούντες ασύλου, οι 363 χιλιάδες προέρχονταν από Σύριους μετανάστες (29% των συνολικών αιτήσεων), 14% από Αφγανούς μετανάστες, 10% από Ιρακινούς, 5% από μετανάστες με χώρα προέλευσης την Αλβανία και το Κόσσοβο και 4% από Πακιστανούς (Eurostat 2016).

Από αυτούς το 35% ζήτησε άσυλο από τη Γερμανία, το 13,9% από την Ουγγαρία, το 6,8% από την Αυστρία και μόλις 6% από τη Γαλλία και την Ιταλία, ενώ τα υπόλοιπα ποσοστά διαμοιράστηκαν στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες σε μικρότερο βαθμό (Eurostat 2016).

Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι από αυτόν τον πληθυσμό το 83% ήταν κάτω των 35 ετών, ενώ από αυτούς το 59% ήταν μεταξύ 18-34, ένα ποσοστό της τάξης του 29% κάτω των 18 ετών, ενώ οι ηλικίες άνω 65 ετών μόλις 0,6% των συνολικών αιτήσεων (Eurostat 2016) .

Όσον αφορά το φύλο, οι έρευνες έδειξαν ότι περισσότερο οι άνδρες αναζητούν άσυλο παρά οι γυναίκες, καθώς στις νεαρότερες ηλικίες μεταξύ 14-17 και 17-34 το ποσοστό των ανδρών αγγίζει το 80%, με το ποσοστό αυτό να πέφτει στα 27% σε ηλικίες 34-64 (Eurostat 2016)

2.1.4. Αραβική Άνοιξη

Το φαινόμενο, ωστόσο, των ανάμεικτων μεταναστευτικών ροών προς τον ευρωπαϊκό χώρο, με πληθυσμούς τόσο από εμπόλεμες, όσο και από μη εμπόλεμες περιοχές της Βόρειας Αφρικής και της Μέσης Ανατολής, έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια και κυρίως μετά το 2006 (UNHCR 2012) .

2.1.4.1. Ορισμός

Καταλυτικό ρόλο στην έξαρση του φαινομένου της μετανάστευσης διαδραμάτισε μια σειρά από επαναστάσεις, εξεγέρσεις και διαμαρτυρίες μετά το 2011, γνωστή ως *Αραβική άνοιξη*, η οποία επέφερε τεράστια αλλαγή στην εσωτερική πολιτική των αραβικών χωρών. Σχεδόν όλα τα αραβικά κράτη και οι αραβικές κοινωνίες επηρεάστηκαν από τις επιπτώσεις της, ωστόσο σε διαφορετικό βαθμό το καθένα, με την Αίγυπτο, την Τυνησία, τη Συρία, την Λιβύη και την Υεμένη να έχουν επηρεαστεί σε μεγαλύτερο βαθμό και τις μοναρχίες του Κατάρ και της Σαουδικής Αραβίας σε μικρότερο (Asseburg 2016).

2.1.4.2. Ιστορικό Υπόβαθρο

Με την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης το 1990 και την εγκαθίδρυση δημοκρατικών κρατών στην ανατολική Ευρώπη, την λατινική Αμερική και την Ασία, πυροδοτήθηκε κλίμα αισιοδοξίας για τη νίκη της δημοκρατίας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ωστόσο, αυτή η αίσθηση αισιοδοξίας γρήγορα διαψεύστηκε από την ανθεκτικότητα των διαφόρων αυταρχικών δυνάμεων ανά τον κόσμο, οι οποίες ανήλθαν στην εξουσία με διάφορες μορφές, όπως ο κουμμουνισμός στην Κίνα, στη Βόρεια Κορέα και στην Κούβα, η θεοκρατία στο Αφγανιστάν και το Ιράκ, μοναρχίες στο Μαρόκο, στην

Ιορδανία και στις Χώρες του Αραβικού Κόλπου (Ομάρ, Κατάρ, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Μπαχρέϊν, Σαουδική Αραβία) και δικτατορίες στην Αίγυπτο, στην Συρία, στη Λιβύη, στην Υεμένη, στην Τυνησία και το Σουδάν (Salamey 2015).

Ωστόσο, στην περίπτωση των χωρών της Μέσης Ανατολής υπήρχε μια ιδιαιτερότητα που εμπόδισε την μεταβίβαση αυτών των χωρών στην δημοκρατία. Ο άκρατος εθνικισμός των λαών της ανατολής, σε συνδυασμό με τον αντιφιλελεύθερο χαρακτήρα της μουσουλμανικής θρησκείας και την πατριαρχική παράδοσή τους, όπως υποστηρίζουν δυτικοί ερευνητές, διαμόρφωσαν ένα εύφορο έδαφος για την επικράτηση αυτών των καθεστώτων. Παράλληλα, οι πρώην μεγάλες αποικιοκρατικές χώρες, θέλοντας να διατηρήσουν τον έλεγχο τους και να πραγματοποιήσουν τα ιμπεριαλιστικά τους σχέδια, στοχεύοντας στο να απορροφήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους πόρους, αλλά και να κρατήσουν τις χώρες αυτές υπό οικονομική υποτέλεια, υποστήριζαν τα αυταρχικά καθεστώτα (Salamey 2015).

Με τον τρόπο αυτό, σε βάθος χρόνου, τα καθεστώτα αυτά αναδείχθηκαν εγγυητές σταθερότητας και προστασίας από τον εξτρεμισμό της ανατολής, ενώ ταυτόχρονα η γεωπολιτική σημασία τους, για τις μεγάλες δυνάμεις, και η μεγάλη ποσότητα ορυκτού πλούτου που βρίσκονταν υπό τον έλεγχό τους, τους βοήθησε να αποφύγουν την παγκόσμια κατακραυγή και να νομιμοποιήσουν την εξουσία τους (Salamey 2015).

Ακόμη, ο πλήρης έλεγχος της δημόσιας ζωής και της ενημέρωσης σε συνδυασμό με την αυστηρή νομοθεσία, την καλλιέργεια ενός καθεστώτος τρόμου και συνεχούς εμπόλεμης κατάστασης προς την δύση, αλλά και οι φυλακίσεις, οι εκτελέσεις και οι διώξεις των αντιφρονούντων κατάφεραν να άρουν τις όποιες αντιστάσεις υπήρχαν από την μεριά των πολιτών (Salamey & Pearson 2012).

2.1.4.3. Παράγοντες που Οδήγησαν στην Αραβική Άνοιξη

Σταδιακά, όμως, με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και την έξαρση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, η εξουσία των καθεστώτων άρχισε να φθίνει, θέτοντας τα θεμέλια για το ξεκίνημα της Αραβικής Άνοιξης.

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που οδήγησαν σε αυτήν, ήταν η κακή κατάσταση της οικονομίας, καθώς η δομή των κλειστών και κεντρικών οικονομιών των αραβικών κρατών αποσταθεροποιήθηκε εύκολα από την παγκόσμια οικονομική κρίση, μιας και στηρίζονταν κατά κύριο λόγο στις εξαγωγές προς το δυτικό κόσμο. Έτσι η πείνα, η έλλειψη θέσεων εργασίας και ταυτόχρονα η διαφθορά που κυριαρχούσε στη δημόσια οικονομική διοίκηση, δημιούργησε μια ευρύτερη δυσαρέσκεια στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί

η περίπτωση του Μοχάμεντ Μπουαζίζι, του νεαρού πλανόδιου πωλητή από την Τυνησία, που έγινε σύμβολο της Αραβικής Άνοιξης όταν αυτοπυρπολήθηκε στις 17 Δεκεμβρίου του 2010 σε ένδειξη διαμαρτυρίας, μετά από εξευτελισμό που υπέστη από τις τοπικές αρχές, οι οποίες κατάσχεσαν τον εξοπλισμό που είχε αγοράσει, δανειζόμενος 200 δολάρια για να μπορέσει να πουλήσει λαχανικά με σκοπό την εξασφάλιση χρημάτων για την οικογένεια του και την εκπαίδευση της αδερφής του (Salamey 2015).

Ακόμη, ένας σημαντικός παράγοντας υπήρξε η υποχώρηση του εθνικισμού μεταξύ των λαϊκών στρωμάτων, με την παράλληλη εισχώρηση της παγκοσμιοποίησης και του διαδικτύου στην καθημερινότητα των λαών της μέσης ανατολής, δίνοντας τέλος στο μονοπώλιο της ενημέρωσης και της πληροφόρησης από τα καθεστάτα. Ανάμεσα στα άμεσα αποτελέσματα της ελεύθερης επικοινωνίας ήταν η συνειδητοποίηση της εθνικής ταυτότητας από τους πολίτες των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων, οι οποίοι παραμέρισαν τις διαφορές που μέχρι τώρα τους χώριζαν (καταγωγή από διαφορετικές φυλές, φατρίες ή θρησκευτικές ομάδες). Επιπλέον, η μετάδοση της σύγχρονης και παγκόσμιας εκπαίδευσης συνέβαλε στο να συσπειρώσει τη νεολαία ώστε να διεκδικήσει περισσότερα δικαιώματα και έναν πιο δημοκρατικό τρόπο διακυβέρνησης (Salamey 2015).

Στον τομέα της πολιτικής, η αυξανόμενη έλλειψη νομιμότητας από τους κυρίαρχους διοικητικούς θεσμούς υπήρξε καθοριστική για την έξαρση του φαινομένου της Αραβικής Άνοιξης. Διεθνείς ένοπλες (ισλαμιστικές) οργανώσεις, τοπικοί αντίπαλοι (Ισραήλ, Τουρκία, Σαουδική Αραβία, Ιράν) και διεθνείς προκλήσεις (στρατηγικά όπλα, πόλεμος κατά της τρομοκρατίας) δοκίμαζαν καθημερινά τις πολιτικές δυνάμεις των καθεστώτων των αραβικών κρατών. Αντί όμως να παρθούν τα απαραίτητα μέτρα και να υιοθετηθούν άμεσα αμυντικές στρατηγικές έκτακτης ανάγκης, οι στρατιωτικές δυνάμεις χωρίζονται σε τοπικές μικρές ομάδες με βασικό κριτήριο το ατομικό συμφέρον αλλά και την αφοσίωση σε ξεχωριστές οργανώσεις, ομάδες ή φυλές (κυρίως σε χώρες όπως η Υεμένη, η Συρία, το Σουδάν, ο Λίβανος και το Ιράκ). Ταυτόχρονα ανώτεροι στρατιωτικοί καταχράζονται κονδύλια για στρατιωτικούς εξοπλισμούς (κυρίως σε χώρες όπως η Συρία, η Υεμένη, ο Λίβανος και η Αίγυπτος) με αποτέλεσμα να κλονίζεται η εμπιστοσύνη των ίδιων των στρατιωτών προς τους ανώτερους αξιωματούχους και να διασπάται η συνοχή των στρατιωτικών δυνάμεων σε μικρότερες, και πολλές φορές αντικυβερνητικές, ομάδες. Τέλος, οι δυνάμεις ασφάλειας των καθεστώτων, άλλοτε φημισμένες για την αποτελεσματικότητά τους στην επιβολή της τάξης, πλέον προσπαθούν απλώς να φιμώσουν τις φωνές των αντιφρονούντων και της αντιπολίτευσης (Salamey 2015).

Έτσι, οι στρατιωτικές δυνάμεις στις περισσότερες Αραβικές χώρες, καθοδηγούμενες από ατομικά και τοπικά συμφέροντα και σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων και ενότητας,

μετατρέπονται σε βάρος όχι μόνο για τις τοπικές κοινωνίες, αλλά και για την διεθνή κοινότητα, καταργώντας τον στρατηγικό ρόλο τους στην διατήρηση την τάξης και της ασφάλειας από τον ισλαμικό εξτρεμισμό, αλλά και το αποικιακό καθεστώς της δύσης στην ευρύτερη περιοχή. Το γεγονός αυτό αφήνει εκτεθειμένα τα καθεστώτα στο δυτικό κόσμο, μιας και πλέον δεν είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν το ρόλο για τον οποίο υποστηρίζονταν από τις μεγάλες δυνάμεις (Salamey 2015).

2.1.4.4. Έναρξη κι Έκβαση των Επαναστατικών Κινήματων στα Αραβικά Κράτη

Το Δεκέμβριο του 2010, ως άμεσο αποτέλεσμα των παραπάνω, ξεκινά με αφετηρία την Τυνησία η Αραβική Άνοιξη, η οποία μέσα στα επόμενα χρόνια εξαπλώνεται στον υπόλοιπο Αραβικό κόσμο με κύρια αιτήματα την μεταβίβαση της εξουσίας, από τα χέρια των αυταρχικών καθεστώτων, σε πιο δημοκρατικές δυνάμεις, και την προώθηση της αξιοκρατίας και της ισότητας στη δημόσια ζωή. Γρήγορα, όμως, αποδείχθηκε ότι οι προσδοκίες των αραβικών λαών για δημοκρατική διακυβέρνηση δεν θα ήταν εύκολο να υλοποιηθούν (Falk 2016).

Αρχικά, με την έξαρση του επαναστατικού κινήματος στην Τυνησία, φάνηκαν οι πρώτες επιτυχίες των δημοκρατικών δυνάμεων. Συγκεκριμένα, σε σύντομο χρονικό διάστημα έγινε εμφανές το γεγονός ότι η χώρα ήταν τόσο ασταθείς που μια ατομική πράξη αυτοθυσίας (αυτοπυρπολισμός Μπουαζίζι 17/10/2010) ήταν αρκετή για να πυροδοτήσει μια σειρά μαζικών κινητοποιήσεων, που αμφισβητούσαν ανοιχτά το καθεστώς ,υποβοηθούμενες φυσικά και από την ευρύτερη δυσαρέσκεια των κατώτερων κοινωνικών ομάδων λόγω της ανεργίας, της στέρησης στοιχειωδών ελευθεριών και δικαιωμάτων, της πείνας και της διαφθοράς. Οι διαμαρτυρίες συνεχίστηκαν για αρκετές μέρες, καταφέροντας να απομακρύνουν το δικτατορικό καθεστώς, που αναζήτησε άσυλο στη Σαουδική Αραβία. Καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία της επανάστασης στην Τυνησία έπαιξε η αναντιστοιχία μεταξύ των προσδοκιών που εξέφραζαν οι πολίτες στους δρόμους, και των αιτημάτων που προωθήθηκαν από τους μαχητές. Δύο ήταν τα κύρια αιτήματα, να απομακρυνθεί η παρούσα πολιτική ηγεσία από την πολιτική ζωή της χώρας, και να τεθούν οι βάσεις για την έναρξη δημοκρατικών μεταρρυθμίσεων στη χώρα. Ωστόσο, παρά τη σχετικά γρήγορη αποχώρηση του καθεστώτος από το πολιτικό σκηνικό, ισλαμιστικές δυνάμεις, αντιτιθέμενες στην δημοκρατική αναδιάρθρωση, διείσδυσαν στις τάξεις της αντιπολίτευσης, με αποτέλεσμα τη δημιουργία δύο αντίπαλων μετώπων που μάχονταν για την ανάληψη της εξουσίας . Μέσα από μια μεταβατική περίοδο, που περιελάμβανε τρομοκρατικές ενέργειες, πολιτικές δολοφονίες και ταραχώδεις εκλογικές διαδικασίες, οι δημοκρατικές δυνάμεις κατάφεραν σταδιακά να υπερισχύσουν και να ξεκινήσουν την ομαλή μετάβαση της χώρας προς τη δημοκρατία (Falk 2016).

Παρά την επιτυχία της Τυνησίας, άλλες αραβικές χώρες, όπως η Αίγυπτος, δεν είχαν την ίδια τύχη. Οι αρχικές νίκες των δημοκρατικών δυνάμεων επί του καθεστώτος και η εθελοντική απομάκρυνση του τελευταίου από το πολιτικό σκηνικό μετά από μαζικές κινητοποιήσεις το 2011, έδωσαν την ευκαιρία σε ακραίες ισλαμιστικές δυνάμεις να αναλάβουν την εξουσία μέσα από την οικοδόμηση ενός κοσμικού προσώπειου που τις έκανε πιο προσιτές στον επαναστατημένο πληθυσμό της χώρας. Επομένως, ενώ αρχικά η νέα κυβέρνηση φαινόταν προοδευτική, σταδιακά, και αφού εξασφάλισε την υποστήριξη του στρατού, αναίρεσε όλες τις αρχικές κοσμικές και προοδευτικές της διακηρύξεις, προωθώντας τον ισλαμικό νόμο σε όλα τα επίπεδα της δημόσιας ζωής. Ως άμεση συνέπεια στις παραπάνω ενέργειες της, ισλαμιστικής πλέον, κυβέρνησης υπήρξε η κατακόρυφη πτώση της οικονομίας, μιας και οι ξένες επενδύσεις, οι εξαγωγές αλλά και ο τουρισμός, που αποτελούσε την βαριά βιομηχανία της χώρας, μειώθηκαν δραματικά με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη δυσαρέσκεια του λαού, ακόμα και από την προεπαναστατική περίοδο και την εκδήλωση εκ νέου επαναστατικών κινημάτων το 2013. Έτσι, ο στρατός αποφασίζει να επέμβει σε μία προσπάθεια εξομάλυνσης της παρούσας κατάστασης, με αποτέλεσμα την εκδίωξη της ισλαμιστικής κυβέρνησης και την εγκαθίδρυση ενός νέου δικτατορικού καθεστώτος, υπό την ηγεσία του στρατού αυτήν τη φορά, που δε δίσταζε να καταστέλλει οποιαδήποτε μορφή αντίστασης μέσα από μαζικές διώξεις, φυλακίσεις και εκτελέσεις αντιφρονούντων (Falk 2016). Ωστόσο, οι μοναρχίες του αραβικού κόσμου δεν επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από την Αραβική Άνοιξη. Στο Μαρόκο και στην Ιορδανία οι ισχυρές αστυνομικές δυνάμεις και οι καλά προετοιμασμένες μυστικές υπηρεσίες, σε συνδυασμό με γενναϊόδωρες χειρονομίες του κράτους προς τους πολίτες, κατάφεραν να καταστείλουν και να κατευνάσουν τις όποιες εξεγέρσεις. Στο Μπαχρέιν η θρησκευτική κι εθνική συνοχή από την μία, αλλά και η ύπαρξη αμερικανικών στρατιωτικών βάσεων στρατηγικής σημασίας υπό την ανοχή του καθεστώτος και η στρατιωτική επέμβαση της Σαουδικής Αραβίας από την άλλη, κατάφεραν να αποτρέψουν οποιαδήποτε προσπάθεια εκδημοκρατισμού της περιοχής. Ιδιαίτερα, στο Μαρόκο και στη Σαουδική Αραβία οι στενές σχέσεις του κράτους και της θρησκείας συνέβαλλαν καθοριστικά στη διατήρηση των μοναρχικών καθεστώτων, με την τελευταία να κατηγορείται από τη διεθνή κοινότητα για συνεχής παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων των υπηκόων της, αλλά και για υποστήριξη ακραίων ισλαμιστικών οργανώσεων στην ευρύτερη περιοχή της μέσης ανατολής (Falk 2016).

Οι μεγάλες αντικαθεστωτικές κινητοποιήσεις στην Τυνησία και στην Αίγυπτο οδήγησαν γρήγορα στην εκδήλωση ανάλογων κινημάτων στη Λιβύη, στην Υεμένη και στη Συρία. Αντίθετα, όμως, με τα αποτελεσματικά βήματα της Τυνησίας προς τη δημοκρατία, και τη δημιουργία ενός νέου δικτατορικού καθεστώτος στην Αίγυπτο με στόχο τον εκδημοκρατισμό της χώρας σε βάθος χρόνου, στις περιπτώσεις της Λιβύης, της Υεμένης και της Συρίας, οι χώρες καλούνται να

αντιμετωπίσουν, η κάθε μια με τον δικό της τρόπο, παρατεταμένες εμφύλιες συρράξεις, οι οποίες φέρουν βαρύτατα πλήγματα σε άμαχους πληθυσμούς, και οδηγούν σε κατάρρευση της ομαλής διακυβέρνησης των χωρών (Falk 2016).

Η Λιβύη ακολούθησε αρχικά τα πρότυπα της Τυνησίας και της Αιγύπτου, με τον εξεγερμένο πληθυσμό να απαιτεί την απομάκρυνση του δικτατορικού καθεστώτος και την ομαλή μετάβαση προς τη δημοκρατία. Ωστόσο, η κατάσταση έγινε ανεξέλεγκτη με την ανάμειξη ευρωπαϊκών δυνάμεων σε εσωτερικά θέματα της χώρας, την αποστολή στρατιωτικού εξοπλισμού στους επαναστάτες και την άρνηση του καθεστώτος να αποχωρήσει από την εξουσία, με την ταυτόχρονη προσπάθεια του να διατηρήσει τον έλεγχο με οποιοδήποτε κόστος. Μέσα σε λίγα χρόνια, λοιπόν, μετά την τελική νίκη των επαναστατικών δυνάμεων επί των καθεστωτικών, η χώρα περιέρχεται σε μια βαθιά κρίση με την κεντρική διοίκηση να αδυνατεί να διατηρήσει την τάξη και την ασφάλεια της χώρας, και τις διάφορες τοπικές οργανώσεις και φυλές να δημιουργούν χάος και αναρχία με τις μεταξύ τους διαμάχες και συγκρούσεις. Παράλληλα, με το ευρύτερο κλίμα δυσαρέσκειας, που επικρατεί στην κοινωνία, ακραίες ισλαμιστικές ομάδες βρίσκουν εύφορο έδαφος για να εγκαθιδρύσουν μια ισχυρή παρουσία στην περιοχή (Falk 2016).

Στην Υεμένη ακολούθηθηκε το ίδιο επαναστατικό μοτίβο με τις άλλες χώρες του αραβικού κόσμου, ξεκινώντας με μεγάλης κλίμακας εξεγέρσεις που στόχευαν στην αποτίναξη της αυταρχικής εξουσίας και στην προώθηση της δημοκρατικής διακυβέρνησης της χώρας. Όμως, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες χώρες του αραβικού κόσμου, στις οποίες επικράτησαν οι δημοκρατικές δυνάμεις, το καθεστώς της Υεμένης αντεπιτέθηκε συντονισμένα, ζητώντας παράλληλα στρατιωτική ενίσχυση από τη Σαουδική Αραβία, η οποία και βοήθησε το καθεστώς να καταστείλει προσωρινά την εξέγερση, μέσα από σφοδρούς βομβαρδισμούς και μεγάλες απώλειες άμαχων πληθυσμών, δίχως ωστόσο να μπορέσει να επηρεάσει καθοριστικά την έκβαση του πολέμου, που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα (Falk 2016).

2.1.4.5. Η Αραβική Άνοιξη στην Συρία

Στην περίπτωση της Συρίας, οι ειρηνικές διαμαρτυρίες και διαδηλώσεις εναντίων του καθεστώτος πήραν την μορφή εμφύλιου πολέμου μετά τη βίαιη καταστολή τους από το καθεστώς.

Καθοριστικός παράγοντας στο ξέσπασμα του εμφύλιου πολέμου υπήρξε η δημογραφική σύσταση του συριακού κράτους, αφού αυτό αποτελείται από πολλές ομάδες ανθρώπων διαφορετικής κουλτούρας, φυλής και θρησκείας, όπως Αλαουίτες (Σίιτες), Σουνίτες, Εβραίους, Χριστιανούς και Κούρδους (Phillips 2015).

Η πολυπολιτισμικότητα δεν υπήρξε πάντα πρόβλημα στην περιοχή της Συρίας, καθώς κατά την οθωμανική περίοδο, πριν το 1920, δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των διαφόρων εθνικών μειονοτήτων και φυλών. Αν και η οθωμανική πολιτική στην περιοχή ενθάρρυνε τις διώξεις και τις διακρίσεις απέναντι σε αλλόθρησκους πληθυσμούς, όπως εβραίους, χριστιανούς αλλά και μη σουνιτικούς μουσουλμανικούς πληθυσμούς, παρόλα αυτά οι πολιτικές μειονότητες δεν είχαν διαμορφώσει πολιτικά χαρακτηριστικά ούτε σημειώνονταν σημαντικές διαμάχες μεταξύ τους (Phillips 2015).

Επί Γαλλικής αποικιοκρατίας, όμως, οι διάφορες φυλές που αποτελούσαν τον κοινωνικό ιστό της Συρίας, από το 1920 έως και την λήξη της Γαλλικής κατοχής το 1946, αρχίζουν να πολιτικοποιούνται και να αναδεικνύονται οι μεταξύ τους διαφορές, αν και κατά κύριο λόγο υπερίσχυαν οι δεσμοί με τη φυλή ή την περιοχή στην οποία άνηκαν. Κυρίως με την έναρξη του συριακού επαναστατικού κινήματος για την ανεξαρτησία από την Γαλλική αποικιοκρατία, εκφράζεται για πρώτη φορά η ιδέα του αραβικού εθνικιστικού κινήματος και, σε συνδυασμό με την βία των γαλλικών στρατευμάτων προς τους γηγενείς πληθυσμούς, την αστικοποίηση της συριακής κοινωνίας αλλά και την αναβάθμιση του επιπέδου εκπαίδευσης των πολιτών, μπαίνουν οι βάσεις για την ανάπτυξη του συριακού κρατικού εθνικισμού (Phillips 2015).

Μετά την ανεξαρτησία του από τη Γαλλία, το συριακό κράτος εισέρχεται σε μια περίοδο αστάθειας από το 1946 μέχρι και το 1970, κατά την οποία λαμβάνουν χώρα οκτώ επιτυχημένα πραξικοπήματα μέχρι και την ανάληψη της εξουσίας από το σημερινό φιλοσιuitικό καθεστώς. Έτσι, η Συρία εισέρχεται σε μία περίοδο σταθερότητας κατά την οποία, όμως, ξεκινούν διώξεις διαφόρων εθνικών ομάδων που αντιτίθενται στο καθεστώς, κυρίως σουνιτών μουσουλμάνων, με μαζικές εκκαθαρίσεις πληθυσμών σε διάφορες περιοχές της χώρας (Phillips 2015).

Η πολυπολιτισμικότητα, ωστόσο, δεν υπήρξε ο μοναδικός παράγοντας που οδήγησε στην εμφύλια σύγκρουση. Οι οικονομικές διακρίσεις του καθεστώτος μεταξύ των υψηλών και των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων, όπως η παραχώρηση επενδυτικών ευκαιριών και η θέσπιση ευνοϊκής φορολογίας σε πλούσιες οικογένειες, καθώς και η παράλληλη αφαίμαξη των φτωχότερων, οδήγησε στην διεύρυνση του χάσματος μεταξύ των δυο τάξεων. Παράλληλα, η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, με την μείωση των κονδυλίων από το στρατό και την δημόσια διοίκηση, καθώς και η ταυτόχρονη εναπόθεση κεφαλαίων στον ιδιωτικό τομέα σε συνδυασμό με την προκλητική διαφθορά των διοικητικών θεσμών, προκαλούσαν όλο και περισσότερο την έντονη δυσaréσκεια των πολιτών. Επιπρόσθετα, οι σκληρές πολιτικές διώξεις σε πολιτικούς αντιπάλους, καθώς και εθνικές ομάδες όπως οι Σουνίτες, Μουσουλμάνοι και Κούρδοι, δημιούργουσαν ένα ευρύτερο κλίμα αβεβαιότητας, δυσπιστίας αλλά και φόβου προς την κυβέρνηση. Επιπλέον, εξωτερικοί παράγοντες όπως ο εμφύλιος πόλεμος στο Ιράκ, κατά τον οποίο το καθεστώς ενίσχυσε

ένοπλες ισλαμικές στρατιωτικές δυνάμεις, οι οποίες αργότερα θα στρέφονταν εναντίον του, καθώς και ο ένοπλος αγώνας των Κούρδων για την ανεξαρτησία τους και την ίδρυση του Κουρδικού κράτους, και η βίαιη απάντηση του καθεστώτος προς αυτούς, υπήρξαν καταλυτικοί στην έναρξη του εμφυλίου πολέμου (Phillips 2015).

Κύριο ρόλο στην περαιτέρω κλιμάκωση των διαφορών μεταξύ των μειονοτήτων διαδραμάτισε η βίαιη καταστολή των διαδηλώσεων του 2011 από το καθεστώς, με απώτερο σκοπό να φέρει τις συτικές φυλές σε ανοιχτή ρήξη με την κυβέρνηση, στοχεύοντας στο να δοθεί η αφορμή εξόντωσης τους, η οποία ρήξη και πραγματοποιήθηκε με τη δημιουργία της ένοπλης συριακής αντιπολίτευσης, υποστηριζόμενης από την Σαουδική Αραβία και τις ΗΠΑ. Έτσι, η κατάσταση στη Συρία περιέρχεται σε μια σταδιακή πόλωση με τις καθεστωτικές δυνάμεις, υποστηριζόμενες από τη Ρωσία και το Ιράκ, στην μία πλευρά, και την αντιπολίτευση από την άλλη, υποστηριζόμενη από τις ΗΠΑ, τη Σαουδική Αραβία, το Κατάρ και την Τουρκία (Phillips 2015).

Με αυτό τον τρόπο, μέσα σε μόλις λίγα χρόνια από την έναρξη της επανάστασης το 2011, η Συρία βρίσκεται χωρισμένη σε δύο μέτωπα τα οποία αντιμάχονται για την ανάληψη της εξουσίας, ενώ παράλληλα ο εμφύλιος πόλεμος αριθμεί καθημερινά χιλιάδες νεκρούς, και δημιουργεί το μεγαλύτερο μεταναστευτικό κύμα των τελευταίων δεκαετιών, με χιλιάδες άμαχους πολίτες να καταφεύγουν σε γειτονικές χώρες για να σώσουν την ζωή και τις οικογένειες τους.

2.1.4.6. Λόγοι Σταδιακής Συρρίκνωσης των Επαναστατικών Κινήματων της Αραβικής Ανοιξης

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους τα επαναστατικά κινήματα των χωρών του Αραβικού Κόσμου συρρικνώθηκαν σταδιακά, παρά την αρχική μεγάλη απήχηση τους, είναι τέσσερις. Κατά πρώτον, οι πρώιμες νίκες στην Τυνησία, την Αίγυπτο και τη Λιβύη δεν είχαν ως αντίκτυπο μια καλή διοικητική μεταρρύθμιση. Έτσι, διαψεύδονται γρήγορα οι διακηρύξεις των εκάστοτε αντιπολιτεύσεων για δίκαιη και αποτελεσματική διακυβέρνηση, ενώ ταυτόχρονα οι επαναστατικές δυνάμεις, οι οποίες υπό άλλες συνθήκες θα αποχωρούσαν από το πολιτικό σκηνικό για να παραδώσουν την εξουσία στον λαό, καλούνται να διοικήσουν και να διαχειριστούν τις κρατικές υπηρεσίες, μια αποστολή στην οποία, όπως ήταν αναμενόμενο, αποτυγχάνουν, οδηγώντας τις χώρες τους στο χάος, με τον κρατικό μηχανισμό να τελεί υπό ολοκληρωτική διάλυση (Aras & Yorulmazlar 2016).

Επίσης, οι αλλαγές που επέφεραν οι επαναστάσεις μπόρεσαν μετά βίας να απομακρύνουν τους εκάστοτε αρχηγούς των δικτατορικών καθεστώτων. Σε χώρες όπως η Τυνησία και η Αίγυπτος, ο κρατικός μηχανισμός ασφαλείας έμεινε ανέπαφος, με αποτέλεσμα τα παλαιά καθεστωτικά

συστήματα να μπορούν εύκολα να επανέλθουν στην πολιτική ζωή των χωρών αυτών, και να αναλάβουν την εξουσία. Ενώ στη Λιβύη η πολιτική κατάσταση φαινόταν να προοδεύει, με τη διεξαγωγή εκλογών και την μεταφορά της εξουσίας στο λαό, τελικά απέτυχε, καθώς υπερίσχυσαν οι ιστορικές και ιδεολογικές διαφορές μεταξύ των φυλετικών ομάδων ενώ, παράλληλα, οι διάφορες γεωγραφικές οντότητές που δημιουργήθηκαν μετά την επανάσταση ενισχύθηκαν με την παρουσία ενόπλων ομάδων. Δίχως, λοιπόν, χρόνο και πόρους για την οικοδόμηση της εθνικής αντίληψης των επαναστατημένων λαών, οι νέες κυβερνήσεις ήταν καταδικασμένες να αποτύχουν, ενώ οι ισλαμικές εξτρεμιστικές δυνάμεις περίμεναν την κατάλληλη στιγμή για την κατάληψη της εξουσίας (Aras & Yorulmazlar 2016).

Επιπρόσθετα, η υποτιθέμενη οικονομική βοήθεια από τη Δύση προς τις δημοκρατικά εκλεγμένες μεταβατικές κυβερνήσεις των επαναστατημένων κρατών δεν καταβάλλονταν, και αυτό γιατί οι δυτικές δυνάμεις δεν ήταν σίγουρες για τους μακροχρόνιους στόχους και την επιρροή των ισλαμικών κυβερνήσεων που βρίσκονταν στην εξουσία, ενώ τα χρήματα από τις Χώρες του Κόλπου κατέφθαναν αποκλειστικά σε όσες κυβερνήσεις δεν αποτελούσαν απειλή, με κανέναν τρόπο, προς την εξουσία τους. Η οικονομική βοήθεια που κατέφθανε από την Τουρκία και το Κατάρ, ενώ ταυτόχρονα οι χώρες αυτές υποβοηθούσαν τη διατήρηση των νέων δικτατορικών καθεστώτων στην εξουσία, αποδείχθηκε ανεπαρκής για την υλοποίηση των πολιτικών υποσχέσεων των δημοκρατικά εκλεγμένων κυβερνήσεων (Aras & Yorulmazlar 2016).

Τέλος, η αποτυχία των μεταβατικών επαναστατικών κυβερνήσεων επέφερε τα αντίθετα από τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, έχοντας ως άμεση συνέπεια την ενίσχυση των αντιστάσεων των καθεστωτικών δυνάμεων στις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις προς τη δημοκρατία. Ο πόλεμος μεταξύ του Ιράκ και της Σαουδικής Αραβίας εξασφάλισε την υποστήριξη των μεγάλων δυνάμεων (Ρωσία, ΗΠΑ), που είχαν κοινά συμφέροντα με της αντιμαχόμενες χώρες, ενώ, από την άλλη πλευρά, η απόσυρση των υποσχέσεων των ΗΠΑ για παροχή περιφερειακής ασφάλειας, σε συνδυασμό με την αυξημένη Ρωσική κινητικότητα, οδήγησε ένα μεγάλο μέρος της κοινής γνώμης να στραφεί εναντίον των φιλοδυτικών δυνάμεων στη Συρία και το Ιράκ, ενώ στην Υεμένη και την Αίγυπτο να διατηρείται ουδέτερη (Aras & Yorulmazlar 2016).

2.1.4.7. Οι Επιπτώσεις της Αραβικής Άνοιξης στον Ελλαδικό Χώρο

Πριν την έναρξη των επαναστάσεων στον Αραβικό Κόσμο, το μεταναστευτικό ζήτημα υπήρχε, βεβαίως, στην ατζέντα της Ευρωπαϊκής Εξωτερικής Πολιτικής και της Πολιτικής Ασφαλείας, ωστόσο, δεν αποτελούσε μείζων ζήτημα που απαιτούσε την άμεση προσοχή των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων. Όμως, μετά την εκδήλωση των επαναστατικών κινημάτων στις χώρες

της βόρειας Αφρικής και της Μέσης Ανατολής το 2011, αλλά και γενικότερα από το 2006 και μετά, το φαινόμενο των μικτών μεταναστευτικών κυμάτων (αποτελούμενων τόσο από πρόσφυγες, όσο και από οικονομικούς μετανάστες χωρών που δεν βρίσκονταν σε εμπόλεμες ζώνες) αυξήθηκε δραματικά, καθιστώντας την μετανάστευση μείζων πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα, καθώς τα караβάνια που κατέφθαναν καθημερινά στις ακτές της Ευρώπης απειλούσαν να διασπάσουν την ενότητα της και να πλήξουν σημαντικούς τομείς ασφαλείας, τόσο των κρατών μελών, όσο και της Ένωσης (UNHCR 2012).

Η Ελλάδα, στον απόηχο αυτών των πολιτικοκοινωνικών εξελίξεων, βρίσκεται άθελα της στην πρώτη γραμμή του αγώνα για την αντιμετώπιση της μεταναστευτικής κρίσης, καθώς, λόγω της γεωγραφικής της θέσης (σταυροδρόμι Ασίας, Ευρώπης, Αφρικής), αποτελεί πύλη εισόδου για τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς που κατευθύνονται προς την Ευρώπη, με κύρια σημεία διέλευσης το Αιγαίο και Λιβυκό Πέλαγος, και τα Ελληνο-Τουρκικά σύνορα. Έτσι, οι αποπνικτικές ροές μεταναστών, σε συνδυασμό με την ανικανότητα των τελευταίων ελληνικών κυβερνήσεων να προτείνουν αποτελεσματικές λύσεις πάνω στο θέμα, αλλά και την κρίση χρέους της ελληνικής οικονομίας, οδήγησαν στην εκδήλωση σοβαρών προβλημάτων ανάμεσα στις τάξεις των μεταναστών, όσο και στον ιστό της ελληνικής κοινωνίας που, όπως υπογραμμίζουν τα Ηνωμένα Έθνη, υπάγεται στα πλαίσια ανθρωπιστικής κρίσης. Η έλλειψη βασικών υποδομών στα σημεία εισόδου μεταναστών, καθώς και έμπειρου και κατάλληλα εξοπλισμένου προσωπικού στα κέντρα υποδοχής, σε συνδυασμό με την αρνητική στάση των αρχών των τοπικών κοινοτήτων στο άκουσμα της δημιουργίας κέντρων υποδοχής στις περιοχές τους, προκάλεσαν επιδείνωση του προβλήματος (UNHCR 2012). Επιπλέον, η ανάδειξη ρατσιστικών ιδεολογιών στον πυρήνα της κοινωνικής ζωής της χώρας, και ακραίων πολιτικών κομμάτων σε σημαντικές πολιτικές δυνάμεις, υπό τον φόβο του εξισλαμισμού της χώρας και της απώλειας της εθνικής ταυτότητας και συνοχής, έκαναν ακόμα δυσκολότερο το έργο τόσο των ελληνικών όσο και των ευρωπαϊκών αρχών, διχάζοντας παράλληλα την κοινή γνώμη γύρω από το θέμα της μετανάστευσης. Οι ευρωπαϊκές αρχές από την μία, έχοντας να αντιμετωπίσουν ανάλογα φαινόμενα στις χώρες τους, πίεζαν τις ελληνικές κυβερνήσεις να επιλύσουν το θέμα, έτσι ώστε να μην τεθεί υπό αμφισβήτηση η ασφάλεια της Ευρώπης, ενώ ταυτόχρονα ασκούσαν ασφυκτικές πιέσεις για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις στην οικονομία. Οι ελληνικές αρχές, από την άλλη, προσπαθούσαν να ισορροπήσουν μεταξύ των ευρωπαϊκών πιέσεων, και της διατήρησης της πολιτικής τους δύναμης στη χώρα (Γιατρού Χωρίς Σύνορα 2015).

Τέλος, η αυστηρή ευρωπαϊκή νομοθεσία για την μετακίνηση ξένων πληθυσμών εντός των συνόρων της Ένωσης, η εγκατάσταση δυσκίνητων γραφειοκρατικών μηχανισμών για παραχώρηση ασύλου στους αιτούντες αυτού, σε συνδυασμό με την αδυναμία των ελληνικών αρχών να καταγράψει και να διαχωρίσει τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς σε αυτούς που είναι πραγματικά

πρόσφυγες πολέμου και σε οικονομικούς μετανάστες, είχε ως αποτέλεσμα το πάγωμα των μεταναστευτικών ροών στο ελληνικό έδαφος, και την υποχρεωτική παραμονή χιλιάδων προσφύγων στην Ελλάδα, δίχως αυτή να αποτελεί την χώρα-προορισμό τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα 2015).

2.2. Το Σύνδρομο Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες

2.2.1. Η Ιστορία του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Άγχους

Ο όρος *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) ή *σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού άγχους* καθιερώθηκε από την πρώτη του εμφάνιση στο τρίτο Διαγνωστικό και Στατιστικό καταστατικό των Ψυχικών Διαταραχών (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – DSM III*), το οποίο εκδόθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (*American Psychiatric Association – APA*). Παρόλα αυτά, η διαταραχή έχει περιγραφεί συχνά στο παρελθόν και έχει μεγάλη ιστορία, καθώς ήταν συνήθως σχετιζόμενη με την ιστορία του πολέμου, όπου έχει ορισθεί ως «soldier's heart», «shell shock» και «war neurosis» (Crorq & Crorq 2000).

Το σύνδρομο «shell shock» παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, όπου πολλοί στρατιώτες, στη θέα των σκοτωμένων ή διαμελισμένων συντρόφων τους, παρουσίαζαν συμπτώματα όπως απώλεια της ικανότητας ομιλίας, κώφωση, γενικευμένο τρόμο, απώλεια της συνείδησης, αδυναμία να σταθούν όρθιοι ή να περπατήσουν.

Κατά τη διάρκεια του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου δεν υπήρχε ακόμη συνοχή στις απόψεις των ειδικών. Μερικοί υποστήριζαν πως είναι μια «psysioneurosis», δηλαδή μια διαταραχή με σωματικά και ψυχικά αίτια. Μια ακόμα διάγνωση υποστήριζε πως επρόκειτο για μια κλασσική υπόθεση διαταραχής σχετιζόμενης με τον πόλεμο, θεραπεία της οποίας αποτελούσαν διάφορες ψυχαναλυτικές μέθοδοι και κάθαρση με τη χρήση «ναρκω-ύπνωσης» με βαρβιτουρικά. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ο όρος «war neurosis», ο οποίος συσχετίστηκε με το σύνδρομο επιχειρησιακής κόπωσης στην Πολεμική Αεροπορία (Crorq & Crorq 2000).

Τέλος, η πιο κοντινή με τη σημερινή διάγνωση εμφανίστηκε για πρώτη φορά στα επίσημα ονοματολόγια με το όνομα «gross stress reaction» το 1952 όταν δημοσιεύτηκε το DSM-I. Ωστόσο, παραλήφθηκε στην επόμενη έκδοση το 1968 λόγω μιας μακράς περιόδου σχετικής ειρήνης (Andreasen 2010). Η σημαντικότερη αλλαγή στη διάγνωση, η οποία έγινε μετά την εγκαινίαση του όρου PTSD, ήταν στην πεποίθηση πως ο αιτιολογικός παράγοντας βρίσκεται έξω από το άτομο, είναι δηλαδή το τραυματικό γεγονός, και όχι μια εγγενής αδυναμία του ατόμου, δηλαδή μια τραυματική νεύρωση. Το κλειδί στην κατανόηση της επιστημονικής βάσης του PTSD είναι η έννοια του ψυχολογικού τραύματος (Friedman 2013).

2.2.2. Η Έννοια του Ψυχολογικού Τραύματος

Ψυχολογικό τραύμα είναι η μοναδική ατομική εμπειρία ενός γεγονότος, κατά την οποία:

- Η ικανότητα του ατόμου να ολοκληρώσει τη συναισθηματική του εμπειρία είναι συγκλονισμένη, ή
- Το άτομο βιώνει μια απειλή για τη ζωή του, τη σωματική του ακεραιότητα ή τη διανοητική του υγεία (Perlman & Saakvitne 1995).

Κατ' αυτό τον τρόπο, ένα τραυματικό γεγονός οδηγεί σε ψυχολογικό τραύμα και αφήνει το άτομο ανίκανο να το αντιμετωπίσει. Το άτομο είναι δυνατόν επίσης να αισθάνεται συναισθηματικά, σωματικά και νοητικά *συγκλονισμένο*. Οι συνθήκες του συμβάντος περιλαμβάνουν συνήθως κατάχρηση εξουσίας, προδοσία της εμπιστοσύνης, παγίδευση, αδυναμία, πόνο, σύγχυση, ή / και απώλεια (Giller 2000).

Το τραύμα έχει πολλές μορφές και υπάρχουν τεράστιες διαφορές ανάμεσα στους ανθρώπους που τα βιώνουν, όμως υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αυτά *αντιδρούν*. Το PTSD είναι η μόνη πάθηση στο DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) της οποίας η διάγνωση είναι βασισμένη στον αιτιολογικό παράγοντα, δηλαδή για να διαγνωστεί κάποιος με διαταραχή μετατραυματικού άγχους θα πρέπει να υπάρχει ένα *τραυματικό γεγονός*. (Giller 2000)

2.2.3. Η Έννοια του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό καταστατικό των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – DSM), το σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού άγχους ή και post traumatic stress disorder (PTSD) είναι μια *αγχώδης διαταραχή*. Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μπορεί να αναπτυχθεί αφότου ένα άτομο επιβιώσει ή γίνει μάρτυρας απειλητικών για τη ζωή συμβάντων (Mc Farlane et al. 2002). Στις ομάδες υψηλού κινδύνου ανήκουν επιζήσαντες πολέμου και βασανιστηρίων, ατυχημάτων και καταστροφών, βίαιων εγκλημάτων (για παράδειγμα, σωματικής κακοποίησης κι επίθεσης, βομβιστικών επιθέσεων και εξεγέρσεων), πρόσφυγες, γυναίκες που βίωσαν τραυματικό τοκετό, άτομα που διαγνώστηκαν με κάποια απειλητική για τη ζωή ασθένεια καθώς και μέλη του στρατού, της αστυνομίας και προσωπικό εκτάκτου ανάγκης (NICE Clinical Guidelines 2005). Μετά από τέτοια περιστατικά είναι σύνηθες να αναπτυχθεί ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών αντιδράσεων και συμπτωμάτων. Για τους περισσότερους ανθρώπους αυτά τα συμπτώματα είναι παροδικά, όμως όταν ένα συγκεκριμένο και χαρακτηριστικό σύνολο συμπτωμάτων, όπως αναβίωση τραυματικών γεγονότων, απόθεση συναισθημάτων και αναμνήσεων και υψηλή αίσθηση απειλής, επιμένει για παραπάνω από έναν μήνα μετά το τραυματικό γεγονός, το άτομο μπορεί να έχει αναπτύξει διαταραχή μετατραυματικού άγχους (mhGAP Humanitarian Intervention Guide 2015).

2.2.4. Συμπτώματα

Τα άτομα που υποφέρουν από PTSD μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθούν από άτομα που υποφέρουν από άλλες παθήσεις επειδή μπορεί αρχικά να παρουσιάζουν γενικά συμπτώματα όπως:

- Προβλήματα στον ύπνο (π.χ. έλλειψη ύπνου)
- Ευερεθιστότητα, επιμένουσα αγχώδη ή καταθλιπτική διάθεση
- Πολλαπλά επιμέμοντα σωματικά συμπτώματα χωρίς προφανή σωματική αιτία (π.χ. πονοκέφαλοι, ταχυκαρδία) (mhGAP Humanitarian Intervention Guide 2015).

Παρόλα αυτά, μετά από περαιτέρω ερωτήσεις μπορεί να αποκαλυφθεί ότι υποφέρουν από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού άγχους. Το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της πάθησης είναι η *αναβίωση συμπτωμάτων*. Οι άνθρωποι με PTSD βιώνουν ακούσια πτυχές του τραυματικού γεγονότος με παραστατικό και οδυνηρό τρόπο. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αναδρομές στο παρελθόν, στις οποίες το άτομο συμπεριφέρεται ή νιώθει σαν να είναι το γεγονός ένας επαναλαμβανόμενος εφιάλτης ή σαν οδυνηρές εικόνες ή αισθητηριακές εντυπώσεις από το τραύμα. Η υπενθύμιση της τραυματικής εμπειρίας προκαλεί έντονη θλίψη ή / και αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Άλλα κύρια συμπτώματα είναι η εγρήγορση σε απειλή, υπερβολική αντίδραση σε ξαφνικό ερέθισμα, προβλήματα στον ύπνο, ευερεθιστότητα, δυσκολία στη συγκέντρωση και η αποφυγή αναμνήσεων σχετικών με το τραύμα. Εκτός των άλλων, οι ασθενείς με PTSD εμφανίζουν συμπτώματα *συναισθηματικού μουδιάσματος*. Αυτό περιλαμβάνει αδυναμία ύπαρξης συναισθημάτων, να νιώθουν απομονωμένοι από τον περίγυρό τους, να παραιτούνται από πρότερα σημαντικές δραστηριότητες (δουλειά, κοινωνική ζωή) και απώθηση στιγμών της τραυματικής εμπειρίας (NICE Clinical Guidelines 2005).

2.2.5. Παράγοντες Κινδύνου για την Ανάπτυξη του Συνδρόμου

Το σύνδρομο διαταραχής του μετατραυματικού άγχους, όπως και άλλες συνήθεις διαταραχές, έχουν *πολυπαραγοντική αιτιολογία*, η οποία περιλαμβάνει ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Σε μια μεγάλη μετα-ανάλυση εξετάστηκαν 14 παράγοντες κινδύνου του PTSD και τα αποτελέσματα δειγμάτων και μελετών. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν τρεις κατηγορίες παραγόντων (Brewin et al. 2000) :

- Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η φυλή, που προέβλεπαν το PTSD σε κάποιους πληθυσμούς, αλλά όχι σε άλλους.
- Παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο, η ύπαρξη προηγούμενου τραύματος και η δύσκολη παιδική ηλικία, που προέβλεψε το PTSD με μεγαλύτερη ακρίβεια, αλλά ως ένα

ορισμένο σημείο ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετήθηκε και τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε.

- Παράγοντες όπως ψυχιατρικό ιστορικό, ιστορικό παιδικής κακοποίησης και ψυχιατρικό οικογενειακό ιστορικό, που προέβλεπαν πιο ομοιόμορφα τα αποτελέσματα.

Γενικότερα, ο βαθμός επίδρασης όλων των παραγόντων ήταν μέτριος, αλλά οι περιτραυματικοί και μετατραυματικοί παράγοντες, όπως η βαρύτητα της τραυματικής εμπειρίας, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης καθώς και το καθημερινό άγχος φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση απ' ό,τι οι προτραυματικοί παράγοντες (Brewin et al. 2000).

Σε μια άλλη μετα-ανάλυση για την εύρεση των παραγόντων που μπορεί να προβλέψουν το PTSD, 7 ήταν οι προγνωστικοί παράγοντες: 1. Προηγούμενο τραύμα, 2. Προηγούμενη ψυχολογική προσαρμογή, 3. Οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας, 4. Απειλή της ζωής κατά τη διάρκεια της τραυματικής εμπειρίας, 5. Η κοινωνική υποστήριξη μετατραυματικά, 6. Η συναισθηματική αντίδραση κατά τη διάρκεια του τραύματος, και 7. Περιτραυματικός αποχωρισμός. Όλοι οι παράγοντες έδειξαν *σημαντική επίδραση*, με μεγαλύτερη αυτή του περιτραυματικού αποχωρισμού. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι περιτραυματικοί παράγοντες μπορούν να προβλέψουν καλύτερα το PTSD (Ozer et al. 2003).

2.2.6. Η Πορεία Εξέλιξης του Συνδρόμου

Η έναρξη των συμπτωμάτων στο PTSD ξεκινάει συνήθως τον *πρώτο μήνα μετά το τραυματικό γεγονός*, αλλά σε ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων μπορεί να υπάρξει μια καθυστέρηση στην εμφάνιση των συμπτωμάτων από μήνες έως χρόνια (McNally 2003). Πολλές φορές το PTSD θεραπεύεται με φυσικό τρόπο κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών ή ετών μετά το τραυματικό γεγονός. Ενώ ένα μεγάλο μέρος των επιζώντων του τραυματικού συμβάντος αρχικά εμφανίζουν συμπτώματα, ένα σημαντικό μέρος τους θα το ξεπεράσει χωρίς θεραπεία μέσα στα επόμενα χρόνια, με αυτό να σημαίνει μια απότομη πτώση στα επίπεδα PTSD στον πρώτο χρόνο (Kessler et al. 1995). Ωστόσο, τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων που αρχικά ανέπτυξαν PTSD παραμένουν συμπτωματικοί για τουλάχιστον 3 χρόνια και είναι σε κίνδυνο να αναπτύξουν δευτερογενείς παθήσεις, όπως κατάχρηση ουσιών κ.α. (Kessler et al. 1995).

2.2.7. Συνυπάρχουσες Παθήσεις

Περίπου το 84% των ατόμων που πάσχουν από PTSD μπορεί να έχει *συνυπάρχουσες παθήσεις* περιλαμβανομένων κατάχρησης ναρκωτικών και αλκοόλ, αίσθημα ντροπής, απόγνωσης και απελπισίας, σωματικά συμπτώματα, προβλήματα στον τομέα της εργασίας, διαζύγιο και βία,

πράγματα που κάνουν δυσκολότερη τη ζωή. Είναι σύνηθες οι παθόντες να χάνουν την εργασία τους, είτε λόγω αναβίωσης των γεγονότων και προβλημάτων ύπνου και συγκέντρωσης, είτε επειδή δεν μπορούν να έρθουν αντιμέτωποι με αυτά που τους υπενθυμίζουν την τραυματική εμπειρία στη δουλειά. Έτσι, τα οικονομικά προβλήματα προσθέτουν ένα ακόμα άγχος στην καθημερινότητα και μπορεί ακόμα να συντελέσουν στο να μείνει το άτομο άστεγο (NICE Clinical Guidelines 2005).

Η διαταραχή μετατραυματικού άγχους μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη πολλών άλλων διαταραχών όπως αγχώδης διαταραχές, παραδείγματος χάρη κρίσεις πανικού (9.5%) και αγοραφοβία (28%), μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (48%), κατάχρηση ουσιών / διαταραχές εξάρτησης (31%), κατάχρηση αλκοόλ/ εξάρτηση (40%), διαταραχή συμπεριφοράς (29%) και μανία (9%) (Kessler et al. 1995). Τέλος, άτομα που έχουν διαγνωστεί με PTSD έχουν πιο πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια πάθηση του κυκλοφορικού ή του μυοσκελετικού, αλλά και άλλες νόσους (Ouimette et al. 2004).

2.2.8. Διαφορικές Διαγνώσεις

Η διαταραχή μετατραυματικού άγχους δεν είναι η μόνη πάθηση που μπορεί να προκληθεί μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Μια σειρά άλλων νόσων είναι δυνατόν να διαγνωστούν μετά από περαιτέρω εξέταση των συμπτωμάτων. Τέτοιες παθήσεις είναι η κατάθλιψη, φοβίες, διαταραχές προσαρμογής, διχαστικές διαταραχές, νευρολογικά τραύματα λόγω πιθανού τραυματισμού κατά το συμβάν και ψυχώσεις. (Kessler et al. 1995).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μειωμένη διάθεση, κόπωση/έλλειψη ενέργειας, αδιαφορία, έλλειψη διάθεσης για ενασχόληση με ό,τι τον ευχαριστεί, αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι διαταραχές προσαρμογής είναι καταστάσεις υποκειμενικής δυσφορίας και συναισθηματικής διαταραχής, κατά τις οποίες το άτομο καλείται να προσαρμοστεί σε μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή του ή ένα στρεσογόνο γεγονός. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι το διαζύγιο, η συνταξιοδότηση, η μετανάστευση και μπορεί να προκαλέσουν ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων, όπως καταθλιπτική διάθεση, άγχος, αδυναμία αντιμετώπισης της κατάστασης κ.α. (Kessler et al. 1995).

Οι διασπαστικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μερική ή πλήρη απώλεια της ικανότητας φυσιολογικής σύνδεσης των αναμνήσεων του παρελθόντος, γνώση της ταυτότητάς του και των άμεσων αισθήσεων, καθώς και του ελέγχου των σωματικών κινήσεων. Στις διασπαστικές διαταραχές ανήκουν η διασχιστική αμνησία, η διασχιστική φυγή, οι διασχιστικές διαταραχές της αίσθησης και της κίνησης και η διασχιστική διαταραχή της ταυτότητας. Τα άτομα με PTSD μπορεί περιτραυματικά να παρουσιάσουν κάποια διασχιστικά συμπτώματα, τα οποία μπορούν να συσχετιστούν με διασχιστική αμνησία για μια πτυχή του τραυματικού γεγονότος. Ωστόσο, τέτοιες διαταραχές είναι πιθανόν να συνυπάρχουν με το PTSD καθώς και με κοινωνικά,

σωματικά κι άλλα προβλήματα, πράγμα που το κάνει πιο επείγον για σωστή διάγνωση κι άμεση θεραπεία (Kessler et al. 1995).

2.2.9. Επιδημιολογία

Η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου είναι σχεδόν αναπόφευκτη. Έχει παρατηρηθεί ότι το 60,7% των αντρών και το 50,2% των γυναικών θα βιώσει τουλάχιστον ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Kessler et al. 1995). Οι γυναίκες έχουν λιγότερες πιθανότητες απ' ότι οι άντρες να βιώσουν κάποιο τραυματικό γεγονός, όμως έχουν παραπάνω πιθανότητες να αναπτύξουν PTSD. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν τραυματικά γεγονότα όπως σεξουαλικές επιθέσεις και παιδική κακοποίηση, απ' ότι ατυχήματα, μη σεξουαλικές επιθέσεις, μάχες ή πόλεμο (Tolin et al. 2006).

Ο επιπολασμός του PTSD διαφέρει πολύ ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Για παράδειγμα, ο επιπολασμός του PTSD διαφέρει από 0.3% στην Κίνα έως 6.1% στη Νέα Ζηλανδία. Στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ, ο επιπολασμός του PTSD είναι γύρω στο 6.8%, ενώ τα ποσοστά που έχουν αναφερθεί στα θύματα εγκληματικών πράξεων είναι μεταξύ 19% και 75%, και ποσοστά ύψους 80% έχουν αναφερθεί μετά από βιασμό (Kessler et al. 2005).

Ο πόλεμος είναι ένας από τους πιο έντονους στρεσογόνους παράγοντες που γνωρίζει ο άνθρωπος. Οι κύριες ψυχικές διαταραχές σχετικές με τον πόλεμο που έχουν παρατηρηθεί σε αυτούς που βίωσαν τραυματικά γεγονότα στο Ιράκ και στο Αφγανιστάν ήταν το PTSD, η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη. Οι ένοπλες δυνάμεις έχουν μεγαλύτερο ποσοστό επιπολασμού στην κατάθλιψη, στην αγχώδη διαταραχή, στην κατάχρηση αλκοόλ και στο PTSD. Δεκαπέντε χρόνια μετά το τέλος του πολέμου στο Βιετνάμ, το 15% των βετεράνων υπέφεραν ακόμα από PTSD και σχεδόν το ένα τρίτο από αυτούς θα πάσχει από PTSD για το υπόλοιπο της ζωής τους (Kulka et al. 1990).

Εκτός από τους στρατιώτες, τα αποτελέσματα του πολέμου υποφέρουν και οι κάτοικοι των περιοχών της εμπόλεμης ζώνης. Για παράδειγμα, οι κάτοικοι της λωρίδας της Γάζας έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα της απώλειας εισοδήματος, περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και μειωμένη ποσότητα και ποιότητα τροφίμων. Μια μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από το Κοινοτικό Πρόγραμμα Ψυχικής Υγείας της Γάζας (GCMHP) το 1996, έδειξε ότι ο επιπολασμός του PTSD ήταν 30% στους πρώην πολιτικούς κρατούμενους στη Γάζα (El Sarraj et al. 1996).

Σύμφωνα με μελέτες, που έχουν διεξαχθεί σε όλο τον κόσμο, τα επίπεδα PTSD στους πρόσφυγες είναι υψηλά σε σχέση με αυτά των γενικών πληθυσμών. Σύμφωνα με την μελέτη των Marshall et al., το 62% των Καμποτζιανών προσφύγων, οι οποίοι είχαν εγκατασταθεί στις Η.Π.Α.,

υπέφεραν από διαταραχή μετατραυματικού άγχους, 2 δεκαετίες μετά τον εμφύλιο πόλεμο της Καμπότζη, ποσοστά πολύ υψηλότερα από αυτά του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α. Σε μια άλλη μελέτη φαίνεται πως το 9% των προσφύγων, που έχουν εγκατασταθεί στις δυτικές χώρες, υποφέρει από PTSD (Fazel et al. 2005).

Τέλος, σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, στην οποία διερευνήθηκε ο επιπολασμός της διαταραχής μετατραυματικού άγχους σε Σύριους πρόσφυγες, παρατηρήθηκε πως η συχνότητα του PTSD ήταν 33.5%. Επίσης, από τα αποτελέσματα υπολογίστηκε πως το 71% των προσφύγων του δείγματος είναι πιθανό να είχαν PTSD αν είχαν κάποιο από το παρακάτω χαρακτηριστικά: α) γυναικείο φύλο, β) προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, γ) προηγούμενο τραύμα και δ) οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας (Alpak et al. 2015).

2.3. Εργαλεία Διάγνωσης και Αξιολόγησης PTSD

Με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση κρουσμάτων PTSD σε βετεράνους πολέμου, η ανάγκη για άμεση διάγνωση κι αξιολόγηση του PTSD αυξανόταν, κάνοντας την ανάπτυξη ενός εργαλείου ικανού για αξιόπιστα αποτελέσματα *αναγκαία*.

Παρακάτω θα αναλυθούν οι μέθοδοι διάγνωσης και μέτρησης επιπέδων βαρύτητας του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους που έχουν σχεδιαστεί με τη μορφή συνεντεύξεων κι ερωτηματολογίων βασισμένων στο εκάστοτε *εγχειρίδιο διάγνωσης ψυχικών παθήσεων (DSM)*.

2.3.1. DSM Κριτήρια

Τα *κριτήρια DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* αποτελούν εγχειρίδιο του American Psychiatric Association που συμπεριλαμβάνει όλες τις αναγνωρισμένες ψυχικές παθήσεις. Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών περιγράφονται και υπογραμμίζεται ο αποδεκτός τρόπος να *διαχωρίζεται* η κάθε μία πάθηση από άλλες παρόμοιες παθήσεις. Έτσι, λοιπόν τα κριτήρια DSM αποτελούν ένα *γνώμονα διάγνωσης και διαχωρισμού* των παθήσεων, βάσει του οποίου αναπτύχθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια κι οι εξετάσεις για ψυχολογικές διαταραχές.

Συγκεκριμένα, τα κριτήρια DSM-IV για το PTSD χωρίζονται σε έξι διαγνωστικά τμήματα που πρέπει να πληρούνται για να γίνει διάγνωση PTSD.

- A. Το άτομο πρέπει να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός.
- B. Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται συνεχώς με έναν (ή παραπάνω) από τους παρακάτω τρόπους:
 - a. Επαναλαμβανόμενες κι ενοχλητικές αρνητικές αναμνήσεις του γεγονότος συμπεριλαμβανομένων εικόνων, σκέψεων ή συναισθημάτων.
 - b. Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος.
 - c. Συμπεριφορά ή αίσθηση σαν το τραυματικό γεγονός να ξανασυμβαίνει.
 - d. Έντονα αρνητικά συναισθήματα επί έκθεσης σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν κατά κάποιο τρόπο στο τραυματικό γεγονός.
 - e. Έντονη σωματική αντίδραση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν κατά κάποιο τρόπο στο τραυματικό γεγονός.

- C. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων συσχετισμένων με το τραυματικό γεγονός και μούδιασμα γενικής ανταπόκρισης (που δεν προϋπήρχε πριν το γεγονός) με τρεις (ή παραπάνω) από τους ακόλουθους τρόπους:
- Προσπάθειες αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων ή συζητήσεων συσχετισμένων με το τραυματικό γεγονός.
 - Προσπάθειες αποφυγής δραστηριοτήτων, τοποθεσιών ή ανθρώπων που προκαλούν υπενθυμίσεις του γεγονότος.
 - Αδυναμία ανάκλησης ενός σημαντικού τμήματος του τραυματικού γεγονότος.
 - Σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε ιδιαίτερες δραστηριότητες.
 - Αίσθημα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από άλλα άτομα.
 - Περιορισμένο εύρος συναισθημάτων (πχ αδυναμία βίωσης συναισθημάτων στοργής)
 - Αίσθημα πως το μέλλον του ατόμου θα σταματήσει πρόωρα (πχ δεν προσδοκεί πως θα έχει καριέρα, παιδιά, σχέση ή φυσιολογικό χρόνο ζωής)
- D. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (που δεν προϋπήρξε πριν το γεγονός) με δύο (ή παραπάνω) από τους ακόλουθους τρόπους:
- Διαταραχές ύπνου (δυσκολία στο να αποκοιμηθεί και να παραμείνει σε κατάσταση ύπνου)
 - Εκνευρισμός ή εκρήξεις θυμού.
 - Πρόβλημα συγκέντρωσης.
 - Υπερδιέγερση
 - Υπερβολική αντίδραση σε ξαφνικά ερεθίσματα
- E. Διάρκεια της ενόχλησης (συμπτώματα των Κριτηρίων B, C και D) ξεπερνά τον ένα μήνα.
- F. Η ενόχληση προκαλεί έντονη δυσφορία ή πρόβλημα στη λειτουργία του ατόμου σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο τομέα.

Επιπλέον, στα κριτήρια DSM-IV επισημαίνεται η ζωτικής σημασίας διαδικασία *διαχωρισμού* του PTSD ανάλογα με τη χρονική διάρκεια εμφάνισης. *Οξύ PTSD* χαρακτηρίζεται όταν τα συμπτώματα έχουν διάρκεια *μικρότερη από 3 μήνες* ενώ *χρόνιο* όταν τα συμπτώματα *ξεπερνούν την ανωτέρω διάρκεια*. (McFalls brothers 2002)

Τέλος, εφόσον χρησιμοποιείται κλίμακα *Likert*, μπορεί να προστεθεί το άθροισμα των απαντήσεων για ένα σκορ σοβαρότητας των συμπτωμάτων για βαθμονόμηση των θετικών διαγνώσεων, όπου αυτό είναι δυνατό.

2.3.2. Δομημένη Κλινική Συνέντευξη (SCID)

Ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται είναι η *Δομημένη Κλινική Συνέντευξη*, σχεδιασμένη από τους First, Spitzer, Williams & Gibbon βάσει των κριτηρίων αξιολόγησης απαντήσεων DSM-IV, ικανή να διαγνώσει ένα *πλήθος ψυχολογικών διαταραχών* που ανήκουν στον Άξονα I και II.

Η συνέντευξη *χωρίζεται σε τμήματα* που εστιάζουν συγκριμένα σε καθένα από τα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV, στα οποία το άτομο που κάνει τη συνέντευξη σημειώνει την *παρουσία και βαρύτητα* του *κάθε συμπτώματος*, σύμφωνα με την εκπαίδευση που έχει λάβει, *βασισμένος στις απαντήσεις του ερωτηθέντος* (Friedman, Keane, & Resick, 2010). Το συγκεκριμένο εργαλείο προορίζεται για χρήση μόνο από *κλινικούς επαγγελματίες ή άλλα άτομα που έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση*, καθώς απαιτείται να γίνουν επιπλέον ερωτήσεις βασισμένες στις απαντήσεις του εξεταζόμενου.

Αν και, λόγω της έκτασης ψυχικών ασθενειών που καλύπτει, η χρήση του συγκεκριμένου διαγνωστικού εργαλείου μπορεί να είναι *χρονοβόρα*, ο διαχωρισμός που έχει γίνει ανά ψυχική διαταραχή μπορεί να *βοηθήσει να μειωθεί ο χρόνος* που απαιτείται για τη διάγνωση PTSD.

Ελαττώματα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αποτελούν το γεγονός πως η βαθμολόγηση γίνεται *μόνο σε επίπεδο παρουσίας ή απουσίας συμπτώματος*, χωρίς τρόπο αξιολόγησης βαρύτητας ή συχνότητας, όπως και το γεγονός ότι οι ερωτήσεις σχετικά με το PTSD αναφέρονται *μόνο στη χειρότερη τραυματική εμπειρία*, με αποτέλεσμα να *παραμερίζονται άλλες σημαντικές τραυματικές εμπειρίες* που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνιση PTSD.

2.3.3. Κλίμακα PTSD Χορηγούμενη από Κλινικό Επαγγελματία (CAPS)

Ανεπτυγμένο το 1990 από το National Center for PTSD, το εργαλείο αυτό αποτελεί τον *πιο ευρέως διαδεδομένο* τρόπο διάγνωσης κι αξιολόγησης του PTSD λόγω της *σύντομης αλλά αποτελεσματικής* χρήσης του.

Όπως και το SCID, το CAPS καλύπτει όλα τα κριτήρια αξιολόγησης DSM-IV, με ειδοποιό διαφορά το γεγονός πως το CAPS συμπεριλαμβάνει τη δυνατότητα αξιολόγησης του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους σε *σοβαρότητα και διάρκεια συμπτωμάτων*, όχι μόνο παρουσία αυτών ή όχι.

Η ολοκλήρωση της συγκεκριμένης συνέντευξης διαρκεί περίπου *μία ώρα* αλλά ο χρόνος μπορεί να μειωθεί στον *μισό* αν γίνουν μόνο οι *17 κύριες ερωτήσεις*, που επαρκούν για την αξιολόγηση βάσει DSM-IV κριτηρίων. Όπως και το SCID, το CAPS απαιτεί *εκπαιδευμένο κλινικό επαγγελματία* για τη σωστή χρήση του.

Το ερωτηματολόγιο CAPS έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες σε ποικίλους πληθυσμούς, όπως βετεράνους πολέμου, με αποτελέσματα που συνάδουν με αυτά της λεπτομερούς συνέντευξης SCID, όπως απέδειξαν ο Weathers και συνάδελφοι το 2001 (Friedman, Keane & Resick, 2007).

2.3.4. Συνέντευξη Κλίμακας Συμπτωμάτων PTSD (PSS-I)

Αναπτύχθηκε από τους Foa, Riggs, Dancu και Rothbaum το 1993 βασισμένη σε κριτήρια DSM-III-R (τρίτη αναθεωρημένη έκδοση) με σκοπό την αξιολόγηση των *17 βασικών συμπτωμάτων PTSD* σε ασθενείς με γνωστό ιστορικό βίωσης τραυματικής εμπειρίας.

Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιεί κλίμακα *Likert* για τον προσδιορισμό συχνότητας ενόχλησης από συμπτώματα PTSD τις τελευταίες *2 βδομάδες αντί για τον ένα μήνα* που θεωρείται αναγκαίος χρόνος από τα κριτήρια DSM για τη διάγνωση του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους. Άλλος ένας περιορισμός του συγκεκριμένου εργαλείου είναι το γεγονός πως το άτομο που κάνει τη συνέντευξη *πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει την κλινική εικόνα του ατόμου που έχει βιώσει* τραυματική εμπειρία, όπως επισήμαναν οι συγγραφείς του ερωτηματολογίου.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τις μελέτες του Kilpatrick (1988) έχει εξαιρετική ακρίβεια κυρίως όταν συμπληρώνεται από άτομα που βίωσαν σεξουαλικό έγκλημα.

2.3.5. Δομημένη Συνέντευξη για το PTSD (SIP)

Ανεπτυγμένο από τους Davidson, Smith και Kudler (1989), το συγκεκριμένο εργαλείο (SIP) έχει σχεδιαστεί με σκοπό την αξιολόγηση της *βαρύτητας των συμπτωμάτων PTSD*. Όπως και τα προηγούμενα εργαλεία περιλαμβάνει τα *17 κύρια συμπτώματα PTSD*, όπως αναγνωρίζονται από τα κριτήρια DSM-IV, καθώς και δύο επιπλέον ψυχικές διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με το PTSD, *την ενοχή του επιβιώσαντα και την ενοχή συμπεριφοράς*.

Η βαθμονόμηση των συμπτωμάτων γίνεται από το άτομο που κάνει τη συνέντευξη, το οποίο χρειάζεται μια *σύντομη εκπαίδευση* για να μπορεί να χρησιμοποιήσει το εργαλείο. Η συνέντευξη έχει διάρκεια *10-30 λεπτά* εξαρτώμενη από την υπάρχουσα συμπτωματολογία.

2.3.6. Κλίμακα Αντίκτυπου Γεγονότος (IES)

Το συγκεκριμένο εργαλείο αναπτύχθηκε το 1979 από τους Horowitz, Wilner και Alvarez κι ήταν το *πρώτο ερωτηματολόγιο* που η απάντηση σημειώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, ενώ παραμένει ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα.

Η αρχική έκδοση αποτελούνταν από 15 ερωτήσεις που επικεντρώνονταν μόνο στα κριτήρια B και C, δηλαδή τα συμπτώματα εισβολής κι αποφυγής αλλά με την έκδοση των κριτηρίων DSM-IV εκδόθηκε ένα ανανεωμένο ερωτηματολόγιο 22 ερωτήσεων που συμπεριλαμβάνει τα συμπτώματα υπερδιέγερσης.

Στο ερωτηματολόγιο αυτό οι εξεταζόμενοι βαθμολογούν πόσο ενοχλήθηκαν από το κάθε σύμπτωμα την *τελευταία εβδομάδα* σε μια κλίμακα *Likert*. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρειάζεται περίπου 10 λεπτά χρόνο για να συμπληρωθεί.

2.3.7. PTSD Checklist (PCL)

Αναπτύχθηκε από τον Frank Weathers και συναδέλφους του στο Διεθνές Κέντρου του PTSD το 1993 κι αποτελείται από 17 ερωτήσεις βασισμένες στα κριτήρια DSM-IV. Αποτελεί ακόμα ένα ερωτηματολόγιο που δεν απαιτεί συνέντευξη από ειδικά εκπαιδευμένο άτομο και μπορεί να απαντηθεί από τον ίδιο τον εξεταζόμενο.

Ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει βαθμολογώντας στη κλίμακα *Likert* πόσο συχνά ενοχλήθηκε από το κάθε σύμπτωμα τον *τελευταίο μήνα*. Αρχικά, τα ψυχομετρικά δεδομένα λήφθηκαν χρησιμοποιώντας τη στρατιωτική έκδοση του PCL (PCL-M) που χρησιμοποιήθηκε σε βετεράνους του Βιετνάμ με *υψηλό ποσοστό ακρίβειας διάγνωσης* αλλά και *ποσοστό βαρύτητας*. Συγκεκριμένα, στη γενική κλίμακα η ακρίβεια ανήλθε στο 97%, ενώ σε κάθε υποκατηγορία η ακρίβεια ήταν 92-93% (Wilson & Keane 2003). Άλλοι ερευνητές έλεγξαν την αξιοπιστία και ακρίβεια της έκδοσης για τους πολίτες (PCL-C) με εξίσου υψηλά ποσοστά.

Στην έκδοση για πολίτες, *δεν αναγνωρίζεται συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός* δίνοντας έτσι *μεγαλύτερο εύρος* για τις απαντήσεις, αλλά γι' αυτόν τον λόγο ευρήματα που πάρθηκαν με τη χρήση του PCL-C δεν μπορούν να συγκριθούν ή συγχωνευθούν με ευρήματα του PCL-M. Λόγω αυτού του περιορισμού, η λήψη και σύγκριση ψυχομετρικών δεδομένων με τη χρήση PCL-C είναι περιορισμένη.

Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα *σημείο-όριο στη βαθμολογία* του ερωτηματολογίου πάνω από το οποίο θεωρείται θετική διάγνωση PTSD. Αυτό όμως απαιτεί *ιδιαίτερη προσοχή* από τον ερευνητή και *δεν συνιστάται* καθώς τα κριτήρια DSM-IV ξεχωρίζουν

ρητά τους πάσχοντες από τους μη. Η συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου δεν ξεπερνά τα *10 λεπτά*.

Υπάρχει λοιπόν, πληθώρα εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης ικανών να βοηθήσουν σε διαφορετικά είδη δείγματος με έμφαση σε διαφορετικές πτυχές του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες.

2.4. Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Διαταραχής του Μετατραυματικού Στρες

Η επιτυχής αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες είναι πολύ σημαντική, καθώς δεν θα επιφέρει βελτίωση μονάχα στο άτομο το οποίο υποφέρει, αλλά και σε ολόκληρη την κοινωνία γύρω του. Σύμφωνα με τους Megan C. Kearns et al. (2012), η ψυχική συννοσηρότητα είναι από δύο έως και έξι φορές πιο πιθανό να συμβεί σε άτομα που υποφέρουν από μετατραυματικό στρες, καθώς επίσης υπάρχει και υψηλό ρίσκο εμφάνισης κάποιου παθολογικού προβλήματος. Τα παραπάνω δημιουργούν προβλήματα στην κοινωνία, αφού οι επισκέψεις αυτών των ατόμων στο γιατρό αυξάνονται, γίνονται ανήμπορα να ανταπεξέλθουν στα οικογενειακά κι εργατικά τους καθήκοντα κι επιφέρουν υψηλά κόστη νοσηλείας στο κράτος (Megan C. Kearns et al, 2012). Ωστόσο, λόγω του ότι είναι μια σχετικά πρόσφατη ψυχική ασθένεια, διεξάγονται ακόμη έρευνες για την εύρεση ενός επιτυχούς τρόπου αντιμετώπισης της. Ειδικότερα, οι έρευνες αυτές μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες με βάση την μέθοδο του τρόπου αντιμετώπισης: αυτές στις οποίες χρησιμοποιούνται ψυχιατρικές μέθοδοι, κι αυτές που έχουν ως επίκεντρο τη χρήση φαρμακευτικών προϊόντων. Βέβαια, όπως θα αναφερθούν αναλυτικότερα και παρακάτω, έχουν διεξαχθεί κι ορισμένες έρευνες στις οποίες γίνεται προσπάθεια συνδυασμού των δύο παραπάνω μεθόδων. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αναφορά κι ανάλυση αυτών των μεθόδων αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες.

2.4.1. Ψυχιατρικές Μέθοδοι

Στα χρόνια που ακολούθησαν την αναγνώριση του μετατραυματικού στρες ως μια ψυχολογική ασθένεια, γίνανε διάφορες προσπάθειες θεραπείας του, έχοντας ως επίκεντρο κυρίως τις ψυχολογικές παρεμβάσεις στο άτομο που υποφέρει (Hetrick et al, 2010). Μία από τις μεθόδους που αναπτύχθηκαν αρκετά νωρίς είναι ο λεγόμενος *ψυχολογικός απολογισμός* (*psychological debriefing*). Ο ψυχολογικός απολογισμός, όπως αναφέρουν οι Kearns et al. (2012), έχει τις ρίζες του στον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου οι διοικητές συνήθιζαν να συναντιούνται με τους στρατιώτες τους μετά από μία μεγάλη και δύσκολη μάχη, για να πάρουν τις αναφορές τους. Ένας συγκεκριμένος, λοιπόν, και πολύ σημαντικός τύπος ψυχολογικού απολογισμού είναι ο *απολογισμός του στρες ενός κρίσιμου περιστατικού* (*critical incident stress debriefing*), ο οποίος είναι «ευρέως διαδεδομένος» και «αποτελείται από διάφορα μέρη» (Kearns et al. 2012, Freedman & Shalev 2015). Τα μέρη αυτά αποτελούν παρεμβάσεις πριν το τραυματικό γεγονός αλλά και αμέσως μετά από αυτό, καθώς και παρεμβάσεις που συνεχίζουν σε βάθος χρόνου με παρακολούθηση του ατόμου (Freedman & Shalev 2015). Αυτές οι παρεμβάσεις αποτελούνται κυρίως από «ατομικές ή ομαδικές συζητήσεις ενός τραυματικού γεγονότος», οι οποίες συμβαίνουν άμεσα μετά την εμπειρία του

γεγονότος αυτού, κι επιτρέπουν στα άτομα να εκφράσουν τι βίωσαν κι ένιωσαν κατά τη διάρκεια του (Feldner et al, 2007). Επίσης, ο απολογισμός του στρες ενός κρίσιμου περιστατικού εφαρμόζεται κυρίως σε ομάδες ατόμων, όπου κάθε συνεδρία διαρκεί 3-4 ώρες (Kearns 2012). Τέλος, να σημειωθεί ότι ο εν λόγω τρόπος αντιμετώπισης μετατραυματικού στρες περιλαμβάνει επτά ολοκληρωμένα στοιχεία/στάδια, τα οποία σύμφωνα με τους Freedman και Shalev (2015) είναι τα εξής: α) προετοιμασία πριν την κρίση, β) μεγάλης κλίμακας διαδικασίες «αποστράτευσης» για χρήση μετά από τις καταστροφές, γ) ατομική συμβουλευτική για οξεία κρίση, δ) σύντομες συνεδρίες μικρών ομάδων ατόμων, οι λεγόμενες «εκτονώσεις», σχεδιασμένες έτσι ώστε να βοηθήσουν την μείωση των έντονων συμπτωμάτων, ε) απολογισμός του στρες ενός κρίσιμου περιστατικού: μεγαλύτερης διάρκειας συζητήσεις μικρών ομάδων ατόμων, σχεδιασμένες να πετύχουν κάποιο «ψυχολογικό κλείσιμο», δηλαδή την επιτυχή προσπάθεια του ατόμου να ξεπεράσει το τραυματικό γεγονός μετά την κρίση και/ή να διευκολύνει την παραπαινετική διαδικασία, στ) τεχνικές παρέμβασης σε οικογενειακό επίπεδο κρίσης και ζ) διαδικασίες παρακολούθησης, ή/και παραπομπή για ψυχολογική αξιολόγηση ή θεραπεία. Παρόλα αυτά, ο ψυχολογικός απολογισμός έχει αποδειχθεί, κατά κύριο λόγο, αναποτελεσματικός ως τρόπος αντιμετώπισης. Διάφορες μελέτες, μάλιστα, που έχουν διεξαχθεί, τονίζουν ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από χρόνιο μετατραυματικό στρες δεν βοηθούνται από τις παρεμβάσεις ψυχολογικού απολογισμού, αλλά αντιθέτως μπορεί να υποστούν κάποια βλάβη, όπως περισσότερα προβλήματα υγείας και ψυχολογικά προβλήματα ή και περαιτέρω επιδείνωση του βαθμού του μετατραυματικού τους στρες (Kearns et al. 2012, Freedman & Shalev 2015).

Μια άλλη μέθοδος αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες είναι η *γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία (cognitive-behavioral treatment)*, η οποία μάλιστα έχει αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Μελετών του Μετατραυματικού Στρες (International Society for Traumatic Stress Studies) σαν αποτελεσματικός τρόπος καταπολέμησης της συγκεκριμένης ασθένειας (Freedman & Shalev 2015). Σύμφωνα με τους Diehle et al. (2014), όταν αυτή η θεραπεία επικεντρώνεται στην καταπολέμηση ενός τραυματικού γεγονότος (trauma-focused cognitive behavioral therapy), μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά και με εγκυρότητα σε παιδιά, αλλά και σαν «προτεινόμενη θεραπεία για την κλινική διαχείριση του μετατραυματικού στρες» (Hetrick et al, 2010). Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει πολλούς τύπους καταπολέμησης του μετατραυματικού στρες. Ο κυριότερος από αυτούς είναι η «παρατεταμένη έκθεση» (prolonged exposure), η οποία σαν συμπεριφοριστική παρέμβαση είναι «πάρα πολύ αποδοτική» (Freedman & Shalev 2015). Επίσης αποτελεσματικές παρεμβάσεις, σύμφωνα με τους Cukor et al. (2010), είναι η γνωσιακή θεραπεία (cognitive therapy) και η γνωσιακή επεξεργαζόμενη θεραπεία (cognitive processing therapy). Διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί

συγκρίνοντας τους τύπους της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας, καταλήξανε στο συμπέρασμα πως όλοι είναι «ο ίδιο αποτελεσματικοί», και πως η εφαρμογή στην θεραπεία του ίδιου ατόμου πάνω από ενός τύπου (όπως για παράδειγμα παρατεταμένης έκθεσης και γνωστικής θεραπείας) «δεν αποδίδει επιπρόσθετα οφέλη» (Freedman & Shalev 2015). Με σκοπό τη θεραπεία του μετατραυματικού στρες, η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει την ανάκληση αναμνήσεων του τραυματικού γεγονότος, *in vivo* έκθεση του ατόμου σε διάφορα πράγματα που μπορούν να του το υπενθυμίσουν, αλλά και τεχνικές «συμπεριφοριστικού ανασχηματισμού» (cognitive restructuring) και διαχείρισης άγχους (Kearns et al, 2012). Τέλος, η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας στην αντιμετώπιση του χρόνιου μετατραυματικού στρες, έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές να αμφισβητούν το γεγονός του αν είναι αποδοτικό να χρησιμοποιηθεί για πιο έγκαιρες παρεμβάσεις (Kearns et al, 2012). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Freedman και Shalev (2015), διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο εν λόγω τρόπος αντιμετώπισης, όταν εφαρμόζεται νωρίς, ελαττώνει τα επίπεδα των αρχικών συμπτωμάτων, αλλά και *παρεμποδίζει* την μακροχρόνια ανάπτυξη του μετατραυματικού στρες.

Για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες, μία ακόμη μέθοδος που έχει αναπτυχθεί είναι το EMDR, του οποίου τα αρχικά, στην αγγλική γλώσσα, σημαίνουν *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, κι έχει αποδοθεί στα ελληνικά ως «*απευαισθητοποίηση και επαναπροσαρμογή μέσω οφθαλμικών κινήσεων*». Εμπνεύστρια της μεθόδου αυτής είναι η Francine Shapiro και πρόκειται για μία «περίπλοκη και πολύ συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο απευαισθητοποίησης» (Chen et al, 2014). Η θεραπεία αυτή ακολουθεί μία διαδικασία οκτώ σταδίων, τα οποία απευθύνονται στις «γνωστικές, συναισθηματικές και αισθητήριες συνιστώσες που αποτελούν το τραύμα», αναπτύσσοντας την «προσαρμοστική ενσωμάτωση και θεραπεία σε όλα τα επίπεδα της εμπειρίας» (Bandury 2016). Ο σκελετός του EMDR είναι η προσαρμοστική επεξεργασία πληροφοριών, καθώς αυτή διευθύνει παράγοντες που σχετίζονται με την παθολογία, αλλά και με την ανάπτυξη της προσωπικότητας του ατόμου (Chen et al, 2014). Σύμφωνα με τους Chen et al. (2014), η προσαρμοστική επεξεργασία πληροφοριών συνεισφέρει στο να δημιουργούνται κατευθυνόμενες αντιδράσεις (orienting responses), οι οποίες προϋποθέτουν την ανάκληση πληροφοριών από προηγούμενες εμπειρίες και την ολοκλήρωσή τους ως ένα θετικό συναίσθημα και γνωστικό σχήμα. Ένα ερέθισμα διπλής προσοχής, όπως είναι η κίνηση των ματιών, είναι αναπόσπαστο στοιχείο του EMDR, αφού επιφέρει συγκεκριμένες φυσιολογικές προϋποθέσεις, οι οποίες ενεργοποιούν την διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών (Chen et al, 2014). Οι κινήσεις των ματιών μπορούν να ξεμπλοκάρουν το κέντρο επεξεργασίας πληροφοριών του εγκεφάλου, δημιουργώντας μία σύνδεση μεταξύ των ήδη αποθηκευμένων πληροφοριών από περασμένα γεγονότα, και των δυσμενών εκβάσεων τους, η οποία χρησιμοποιείται για να παράγει μία

αντίδραση σε ένα τρέχων ερέθισμα (Chen et al, 2014). Στη συνέχεια οι επακόλουθες προκαλούμενες αντιδράσεις χαλάρωσης, ή μια νέα σειρά από φυσιολογικές αντιδράσεις, επανενώνονται με τις ήδη αποθηκευμένες πληροφορίες των προηγούμενων δυσμενών εμπειριών, και η νέα πληροφορία ξαναενσωματώνεται (Chen et al, 2014). Μια μετα-ανάλυση των Chen et al. (2014), που διεξάχθηκε για να διαλευκανθεί η αποτελεσματικότητα του EMDR, έδειξε πως αυτή η μέθοδος μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες, καθώς επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση της κατάθλιψης, του άγχους και της υποκειμενικής δυσφορίας των ασθενών. Ακόμη, το EMDR ανταπεξέρχεται και στην θεραπεία των παιδιών με μετατραυματικό στρες (Diehle et al, 2014). Τέλος, σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα, η οποία δημοσιεύθηκε τον Σεπτέμβριο του 2016, η εν λόγω θεραπεία αποδείχθηκε αρκετά αποτελεσματική όταν εφαρμόστηκε σε μια ομάδα προσφύγων σε έναν καταυλισμό στην Τουρκία (Cengiz et al, 2016).

Τις ψυχιατρικές μεθόδους αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες ολοκληρώνουν και διάφοροι άλλοι σύντομοι, αλλά σημαντικοί, τρόποι, οι κυριότεροι εκ των οποίων θα αναφερθούν παρακάτω. Ένας από αυτούς είναι η παρέμβαση κατά την *δόμηση της ανάμνησης* «memory-structuring intervention» ο οποίος σύμφωνα με τους Kearns et al. (2012), αναπτύχθηκε από τους Gildron et al., με σκοπό «τη βοήθεια της οργάνωση της ανάμνησης του τραυματικού γεγονότος των θυμάτων». Διάφορες μικρές έρευνες που διεξήχθησαν πάνω σε αυτήν την παρέμβαση, απέδειξαν πως με αυτόν τον τρόπο μειώνονται τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, καθώς και το γεγονός ότι είναι πιθανόν πιο αποδοτικός στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες (Kearns et al, 2012). Ακόμη, έχει εξετασθεί και το γεγονός της *εκπαίδευσης* του ατόμου πάνω στην ψυχολογία, αλλά και της ανεύρεσης πληροφοριών για την βοήθεια του ίδιου από μόνο του, κι όχι από τρίτους, σαν τρόπος πρόληψης του μετατραυματικού στρες, μετά από κάποιο δυσάρεστο επεισόδιο (Kearns et al, 2012). Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα κάποιων αρχικών ερευνών, το μοίρασμα ενημερωτικών φυλλαδίων που επισημαίνουν «κοινά συμπτώματα και στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες» στα θύματα, δεν είχαν θετικά αποτελέσματα (Kearns et al, 2012). Επίσης, έχουν διαμορφωθεί, ανά περιπτώσεις, διάφορες παρεμβάσεις, με στόχο *συγκεκριμένο πληθυσμό* που υπέφερε συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός (π.χ. θύματα κάποιου τυφώνα, πρόσφυγες κλπ) (Kearns et al, 2012). Τέλος, έχουν σχεδιαστεί πολλοί άλλοι δημιουργικοί τρόποι αντιμετώπισης, που προσαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση τραύματος και ασθενούς που αντιμετωπίζουν. Περαιτέρω έρευνα επί του θέματος είναι απαραίτητη για να βρεθεί και να καθιερωθεί ο πιο αποτελεσματικός από αυτούς, για την κάθε περίπτωση.

2.4.2. Φαρμακολογικές Μέθοδοι

Σύμφωνα με τους Kearns et al. (2012), υπάρχουν πολλές, αρκετά υποσχόμενες, φαρμακολογικές θεραπείες, που έχουν ως σκοπό να ελαττώσουν το αντίκτυπο που έχει ένα τραυματικό γεγονός στο άτομο. Συγκεκριμένα, μερικά είδη φαρμάκων έχουν αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικά, όταν χορηγούνται όσο το δυνατόν συντομότερα μετά το τραυματικό γεγονός (Maccani et al, 2012). Αρχικά, οι διάφορες φαρμακολογικές παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), χρησιμοποιούνταν μόνο σαν επιπρόσθετες ενέργειες στην μακροχρόνια ψυχοθεραπεία, συνήθως για να διευθετήσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης που βίωναν τα άτομα με μετατραυματικό στρες (Hetrick et al, 2010). Αργότερα, όμως, η φαρμακοθεραπεία αναγνωρίστηκε σαν απαραίτητη παρέμβαση για την αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας (Hetrick et al, 2010). Πλέον, μάλιστα, τα αντικαταθλιπτικά, και ιδιαίτερα η επιλεκτική σεροτονίνη (SSRI), συνιστούν την πιο κοινή φαρμακολογική παρέμβαση, ενώ όταν ούτε αυτά, ούτε η ψυχοθεραπεία κρίνονται αρκετά, γίνεται λόγος και για χρήση αντιψυχωτικών φαρμάκων (Hetrick et al, 2010). Αυτό που έχει ειπωθεί για την λειτουργία των φαρμακοθεραπειών γενικότερα, είναι πως διορθώνουν τις ανισορροπίες που έχουν δημιουργηθεί στους νευροδιαβιβαστές, και «πιστεύεται πως παίζουν ρόλο στην πρόκληση και/ή διατήρηση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες» (Hetrick et al, 2010).

Αρχικά, όπως αναφέρουν οι Kearns et al. (2012), οι έρευνες εστίασαν κυρίως στην δράση των *βενζοδιαζεπίνων* ως αγχολυτικά για την καταπολέμηση του μετατραυματικού στρες, κάτι που όμως δεν αποδείχθηκε αποτελεσματικό. Έπειτα, γνωρίζοντας πως ο μηχανισμός βιολογίας του μετατραυματικού στρες συνδέεται με την διέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος (ΣΝΣ), αρκετές έρευνες στράφηκαν στην δράση της *προπανολόλης* (μη εκλεκτικός β-αδρενεργικός ανταγωνιστής), η οποία δρα σαν κατασταλτικό του ΣΝΣ (Maccani et al, 2012). Μερικές έρευνες, λοιπόν, απέδειξαν πως η «χορήγηση της προπανολόλης αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός μπορεί να περιορίσει την εδραίωση του φόβου στο άτομο, μακροπρόθεσμα, γεγονός το οποίο συνεισφέρει στην παρεμπόδιση ανάπτυξης μετατραυματικού στρες» (Kearns et al, 2012). Την πιθανή αποτελεσματικότητα της προπανολόλης έρχονται να υποστηρίξουν κι έρευνες που απέδειξαν πως οι αναμνήσεις, αρχικά, αποθηκεύονται στην βραχυπρόθεσμη μνήμη, και μετά από 6-8 ώρες παγιώνονται στην μακροπρόθεσμη (Freedman & Shalev 2015). Αυτή η διαδικασία, σύμφωνα με τις έρευνες, μπορεί να διακοπεί με τη χρήση προπανολόλης, ανισομυκίνης και μορφίνης, έχοντας σαν κρίσιμο χρονικό διάστημα χορήγησης τις ώρες μετά το τραυματικό γεγονός, και πριν το άτομο κοιμηθεί (Freedman & Shalev 2015). Τέλος, άλλες έρευνες έχουν δείξει πως η χρήση προπανολόλης στα αγόρια (8-18 χρονών) είχαν μειωμένα συμπτώματα μετατραυματικού στρες, σε

αντίθεση με τα αντίστοιχα κορίτσια που είχαν αυξημένα συμπτώματα (Freedman & Shalev 2015). Όλα τα παραπάνω, καθώς και η αποτυχία πρόσφατων ερευνών να αποδείξουν τη χρησιμότητα της ουσίας αυτής, προτείνουν περαιτέρω έρευνα και στην ουσία αυτή, αλλά και σε άλλες, για την ανεύρεση μιας επιτυχημένης φαρμακοθεραπείας.

Αρκετές έρευνες προτείνουν την υψηλή δόση *γλυκοκορτικοϊδών*, σαν μία ευεργετική παρέμβαση αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, για την εξάλειψη του χρόνιου μετατραυματικού στρες (Kearns et al, 2012). Πιο συγκεκριμένα, η έκθεση σε έναν στρεσογόνο παράγοντα εμπλέκει τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), και προκαλεί σύνθεση επινεφριδίων κι απελευθέρωση γλυκοκορτικοϊδών (Freedman & Shalev 2015). Υψηλές δόσεις γλυκοκορτικοϊδών, όπως της *υδροκορτιζόνης* ή της *δεξαμεθαζόνης*, αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, ελαττώνουν την υπερενεργητική αντίδραση στον τρόπο (λόγω της υπόφυσης), και παρεμποδίζουν την παγίωση της μνήμης και της ανάκλησης αναμνήσεων (Kearns et al. 2012, Freedman & Shalev 2015). Μία ενδιαφέρουσα υποσημείωση, παρόλα αυτά, είναι το γεγονός ότι, ενώ χαμηλά επίπεδα περιτραυματικής κορτιζόλης έχουν συσχετιστεί με αυξημένο ρίσκο ανάπτυξης μετατραυματικού στρες στους ενήλικες, στα παιδιά συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο (Freedman & Shalev 2015).

Εκτός από την προπανολόλη και τα γλυκοκορτικοειδή, η χρήση των *οπιοειδών*, και πιο συγκεκριμένα της *μορφίνης* και της *κεταμίνης*, έχει επίσης υποστηριχθεί μέσα από διάφορες έρευνες, για την καταπολέμηση του μετατραυματικού στρες (Kearns et al, 2012). Συγκεκριμένα, η εξωγενής χορήγηση οπιούχων πιστεύεται πως ενεργοποιεί τους μ υποδοχείς οπιοειδών, επηρεάζοντας έτσι την αντίδραση στο έντονο στρες (Freedman & Shalev 2015). Με αυτόν τον τρόπο, τα οπιούχα περιορίζουν την αντίδραση του άξονα HPA, έχοντας ως αποτέλεσμα την αραίωση της νοραδρενεργικής ενεργοποίησης και την μετρίαση του φόβου (Freedman & Shalev 2015). Έρευνες έχουν αποδείξει πως η μορφίνη μπορεί να παρεμποδίσει την αργότερη εμφάνιση του PTSD, αν χορηγηθεί νωρίς, τόσο στους ενήλικες, όσο και στα παιδιά, αλλά και να ελαττώσει τα συμπτώματα του (Kearns et al. 2012, Freedman & Shalev 2015). Τέλος, με χαμηλότερα ποσοστά μετατραυματικού στρες έχει συνδεθεί και η χρήση της κεταμίνης, ενός αναισθητικού που χρησιμοποιείται συχνά σε επείγοντες καταστάσεις, όμως «αντιφατικές ευρέσεις έχουν καταγραφεί», σύμφωνα με τους Kearns et al. (2012). Εδώ αξίζει να σημειωθεί πως η χαμηλή ενδοφλεβική δόση κεταμίνης έχει αρχίσει να εξετάζεται πρόσφατα σαν ένας πιθανός τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης και των αυτοκτονικών ιδεασμών (Kearns et al, 2012). Συνοψίζοντας, είναι ακόμη αρκετά νωρίς για την καθιέρωση της μορφίνης ή της κεταμίνης σαν τρόπου αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες, και περαιτέρω ανάλυση είναι απαραίτητη (Kearns et al, 2012).

Όσον αφορά την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, αυτή χρησιμοποιείται κυρίως για την καταπολέμηση της κατάθλιψης, με κύρια την επιλεκτική σεροτονίνη (SSRI), που μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα του μετατραυματικού στρες, καθώς δεν έχει αποδειχθεί ακόμη η χρησιμότητα τους στην καταπολέμηση της ίδιας της ασθένειας (Freedman & Shalev 2015). Απροσδόκητη είναι, ωστόσο, η αποτελεσματικότητα των ψυχεδελικών φαρμάκων στην καταπολέμηση του μετατραυματικού στρες, όπως αναφέρει ο Giles (2016). Συγκεκριμένα, η 3,4-μεθυλενεδιοξυμεθαμφεταμίνη (MDMA), η οποία βρίσκεται στην έξταση και στην molly, αυξάνει την ενσυναίσθηση, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον φόβο και την αμυντικότητα (Giles 2016), «δίνοντας έτσι στους ασθενείς την δυνατότητα να αναβιώσουν τις αναμνήσεις τους από το τραυματικό γεγονός χωρίς να κατακλυστούν από τα ίδια αρνητικά συναισθήματα» (Giles 2016). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως, σε μία έρευνα που έγινε σε άτομα που δεν απέδωσε άλλη θεραπεία και χορηγήθηκε η MDMA, ένα ποσοστό της τάξεως του 83% καταπολέμησε το μετατραυματικό στρες (Giles 2016). Βέβαια, παρόλα αυτά, μέχρι σήμερα (2016), η ουσία δεν έχει νομιμοποιηθεί ακόμη για φαρμακευτική χορήγηση.

2.4.3. Φυσικές Μέθοδοι

Εκτός από την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία, υπάρχουν κι άλλοι εναλλακτικοί, και πιο φυσικοί τρόποι για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες. Αυτοί οι τρόποι χρησιμοποιούνται πολλές φορές σαν συμπληρωματικοί-βοηθητικοί στη θεραπεία που έχει επιλέξει ο ιατρός. Οι κυριότεροι από αυτούς θα αναφερθούν στο παρόν κομμάτι του κεφαλαίου.

Η *σωματική άσκηση*, σε ασθενείς που πάσχουν από μετατραυματικό στρες, είναι μία από τις κυριότερες φυσικές μεθόδους που υποστηρίζεται ότι βοηθάει στην καταπολέμηση της ασθένειας και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (Rosenbaum et al. 2011, Rosenbaum et al. 2014). Γενικότερα, σύμφωνα με τους Rosenbaum et al. (2011), συχνά επικρατεί παράβλεψη της φυσικής ευεξίας ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, διότι δίνεται περισσότερη σημασία στην θεραπεία της ψυχικής ασθένειας. Αυτού του είδους οι ασθενείς, όμως, έχουν, στις περισσότερες περιπτώσεις, μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν μεταβολικές διαταραχές, όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία, καθώς επίσης υπάρχει και η συννοσηρότητα κατάθλιψης, άγχους, διαταραχών ύπνου, ναρκωτικών και αλκοολισμού (Rosenbaum et al, 2011). Μία έρευνα που έχει διεξαχθεί στα πλαίσια διερεύνησης της αποτελεσματικότητας της σωματικής άσκησης, απέφερε θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η άσκηση του σώματος έδρασε αντικαταθλιπτικά κι αγχολυτικά στους ασθενείς, και με αυτόν τον τρόπο μείωσε σημαντικά τα προβλήματα ύπνου που αντιμετώπιζαν, έχοντας ως επακόλουθο την ελάττωση των συμπτωμάτων

του μετατραυματικού στρες (Rosenbaum et al, 2014). Σε βάθος χρόνου, μάλιστα, η σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί, από την έρευνα των Rosenbaum et al. (2014), πως πέραν της αντιμετώπισης της κατάθλιψης, του άγχους και της ανησυχίας, βοηθάει σημαντικά και στην απώλεια βάρους και ελάττωση της περιφέρειας της μέσης καθώς και στην μείωση του καθιστικού χρόνου των ασθενών, καθημερινά. Παρόλα αυτά, πραιτέρω ανάλυση επί της πιθανής ευεργετικής επίδρασης της σωματικής άσκησης στους ασθενείς με μετατραυματικό στρες είναι αναγκαία αφού, έως πρόσφατα, δεν είχε εξετασθεί καθόλου αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης.

Μια άλλη συμπληρωματική θεραπεία για την αντιμετώπιση του μετατραυματικού στρες έχει αποδειχθεί πως είναι η γιόγκα, η οποία συνδυάζει την ευεξία του σώματος και του μυαλού (Jindani & Khalsa 2015). Η γιόγκα, σαν παρέμβαση σε ψυχή και σώμα, έχει ευεργετικές ιδιότητες και σε ψυχικές αλλά και σε φυσικές διαταραχές άγχους αντίστοιχα, και για αυτόν τον λόγο καθίσταται κυρίαρχη παρέμβαση σε πολλές ψυχιατρικές διαταραχές (Jindani & Khalsa 2015). Ειδικότερα, όσον αφορά το μετατραυματικό στρες, η Kundalini yoga (KY), ένα συγκεκριμένο είδος γιόγκα, έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικό για την καταπολέμησή του, εμφανίζοντας μεγαλύτερο ποσοστό ελάττωσης συμπτωμάτων όταν εφαρμόζεται σε μία ομάδα ατόμων (yoga group), παρά ατομικά (Jindani & Khalsa 2015). Συγκεκριμένα, η KY δίνει έμφαση στον συγχρονισμό του ενδοκρινικού και του νευρικού συστήματος, και περιλαμβάνει ασκήσεις αναπνοής, ειδικές στάσεις σώματος και διαλογισμό, με σκοπό να καλλιεργήσει την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτογνωσία και διάφορες ικανότητες χαλάρωσης (Jindani & Khalsa 2015). Τα αποτελέσματα μιας έρευνας που διεξήχθη, με επίκεντρο την KY, ήταν θετικά για την επίδραση της στην καταπολέμηση του μετατραυματικού στρες. Οι ασθενείς, μάλιστα, δήλωσαν πως το πρόγραμμα αυτό τους βοήθησε πάρα πολύ να αναρρώσουν συναισθηματικά, ψυχικά, πνευματικά και σωματικά, καθώς αυξήθηκε η αντίληψη τους για το τραυματικό γεγονός που περάσανε, η αποδοχή και διαχείριση των συναισθημάτων, και η διορατικότητα τους (Jindani & Khalsa 2015). Τέλος, ένα πολύ σημαντικό κομμάτι της θεραπείας KY είναι να συνεχισθεί η εξάσκηση της και στο σπίτι, για την προαγωγή της αυτοβελτίωσης και ευεξίας (Jindani & Khalsa 2015). Υποδεικνύεται λοιπόν από την παραπάνω έρευνα, πως η KY μπορεί να προσφέρει ικανότητες αυτοφροντίδας στους πάσχοντες μετατραυματικού στρες, οι οποίοι μπορούν να μάθουν να χειρίζονται και τα συμπτώματα και τα συναισθήματα τους σε στρεσογόνες στιγμές (Jindani & Khalsa 2015).

Όσον αφορά τα παιδιά, ένας εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες είναι η *θεραπεία μέσω του παιχνιδιού (play therapy)*. Η διάγνωση της ασθένειας αυτής στο παιδί είναι αρκετά δύσκολη αλλά και πολύ σημαντική, αφού το μετατραυματικό στρες μπορεί να οδηγήσει σε κακές επιδόσεις στο σχολείο, ανύπαρκτη συναισθηματική ισορροπία, φτώχη συγκέντρωση, επαναλαμβανόμενο συναίσθημα φόβου κι αποφυγή συγκεκριμένων κοινωνικών

δραστηριοτήτων (Uguak 2010). Το play therapy έχει αποδειχθεί μέσα από πολλές έρευνες να είναι μία αρκετά αποδοτική θεραπεία, όχι μόνο για το μετατραυματικό στρες, αλλά και για αρκετές άλλες ψυχικές διαταραχές και προβλήματα συμπεριφοράς (Banbury 2016). Το παιχνίδι αποτελεί τη γλώσσα και το ένστικτο του παιδιού, και μέσα από αυτό, όταν γίνεται σε ένα ασφαλές περιβάλλον, το παιδί ολοκληρώνει φυσιολογικά την ενσωμάτωση του νοήματος, της διαδικασίας και της μαεστρίας (Banbury 2016). Το τραυματικό γεγονός «διακόπτει αυτήν την διαδικασία σε πολλαπλά επίπεδα», όπως αναφέρει η Banbury (2016). Η ομιλία, το παιχνίδι, η μουσική, η διήγηση ιστοριών, η τέχνη (ζωγραφική κλπ), η ποίηση και τα βιντεοπαιχνίδια, είναι μερικές από τις πολλές στρατηγικές που μπορούν να εφαρμοσθούν στην διαδικασία του play therapy (Uguak 2010). Αυτές οι τεχνικές είναι, ουσιαστικά, οι κοινωνικές ανάγκες, και είναι πολύ χρήσιμες, όπως αποδείχθηκε μέσα από έρευνες στην «βοήθεια και διόρθωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών» παιδιών που έχουν ανάγκη από ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, κοινωνική επανένταξη κι εκπαιδευτική αναμόρφωση (Uguak 2010). Συγκεκριμένα, μέσα από αυτές τις τεχνικές/δραστηριότητες, τα παιδιά αναπτύσσουν επίγνωση των συναισθημάτων τους, αλλάζει η συμπεριφορά τους και η επικοινωνιακή τους επιδεξιότητα, αποκτούν ηθική υποστήριξη και καλλιεργούν την δημιουργικότητα τους, την λογική, το συναίσθημα της τόλμης, αλλά και της δημοκρατίας ανάμεσά τους (Uguak 2010, Banbury 2016). Με αυτόν τον τρόπο τα παιδιά αυτά θα μπορέσουν να ξεπεράσουν το τραύμα τους και να συνεχίσουν μία υγιή και δημιουργική ζωή, προσφέροντας στην οικογένεια τους και στην κοινωνία στην οποία ζούνε (Uguak 2010). Βέβαια, όπως υποστηρίζει και η Banbury (2016), το παιδιατρικό τραύμα είναι μία παραμελημένη ασθένεια που χρήζει περισσότερης έρευνας πάνω στην φύση και την θεραπεία του.

2.4.4. Πρόληψη

Η γενική ιδέα πως η πρόληψη είναι καλύτερη της θεραπείας, υπάρχει εδώ και πολύ καιρό, κι έχει εφαρμοσθεί σε πολλούς κλάδους της ιατρικής, όμως πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει πως η πρόληψη μπορεί να είναι εφικτή ακόμη και στις ψυχικές ασθένειες (Freedman & Shalev 2015). Διάφορες μετα-αναλύσεις υποστηρίζουν πως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης μετατραυματικού στρες μπορεί να είναι διάφορες ιστορίες, που συνέβησαν πριν το τραυματικό γεγονός, οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας, απειλή της ζωής του ατόμου, ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, καθώς και οι διάφορες περιτραυματικές συναισθηματικές αντιδράσεις (Kearns et al, 2012). Τα παραπάνω πέφτουν στις δύο μεγάλες κατηγορίες της γενετικής κληρονομιάς και του τριγύρω περιβάλλοντος, που μπορεί να επηρεάσουν το άτομο στην εμφάνιση της ασθένειας αυτής (Kearns et al, 2012). Έρευνες, που έχουν γίνει πάνω στο βιολογικό κομμάτι, υποστηρίζουν πως

πολυμορφισμοί μέσα σε διάφορα γονίδια (FKBP5), σε ορμονικούς υποδοχείς (CRHR1) και στο μήκος του μεταφορέα της σεροτονίνης (5HTTLPR) συνδέονται με την εκδήλωση της ασθένειας. Ακόμη, μία πρόσφατη έρευνα, σύμφωνα με τους Kearns et al. (2012), υποδεικνύει πως η διαφορική ρύθμιση του πολυπεπτιδικού υποδοχέα που ενεργοποιεί την υποθαλαμική αδενυλική κυκλάση στις γυναίκες (ADCYAP1R1), που συμβαίνει λόγω της αλληλεπίδρασης του οιστρογόνου και του στρες, σχετίζεται με την εκδήλωση της ασθένειας, κι αυτό μπορεί να αποδείξει τον λόγο του μεγαλύτερου ποσοστού εκδήλωσης μετατραυματικού στρες στις γυναίκες παρά στους άντρες. Δυστυχώς, δεν έχει γίνει ακόμη μεγάλη πρόοδος στην ανεύρεση παρεμβάσεων που μπορεί να εμποδίσουν την εμφάνιση του μετατραυματικού στρες (Kearns et al, 2012).

2.4.5. Επίλογος

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η ανεύρεση επιτυχών τρόπων αντιμετώπισης του μετατραυματικού στρες βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο. Συχνά, εμφανίζονται διάφορα προβλήματα στην προσπάθεια έρευνας, όπως για παράδειγμα η απόρριψη επικοινωνίας των ασθενών με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας από κοντά, κι η αποδοχή επικοινωνίας τους μέσω τηλεφώνου που συνέβη σε μία έρευνα στην Ιερουσαλήμ, τα οποία εμποδίζουν την διαδικασία ανεύρεσης επιτυχούς θεραπείας (Freedman & Shalev 2015). Επίσης, πολλοί είναι αυτοί που πιστεύουν πως ιδανικός είναι ο συνδυασμός των ψυχοθεραπειών με τις φαρμακοθεραπείες, αλλά και με τους διάφορους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης (Maccani et al 2012). Συγκεκριμένα, συνδυασμοί όπως η Δ-κυκλοσερίνη με την «παρατεταμένη έκθεση» (prolonged exposure), η θεραπεία μέσω του παιχνιδιού με την EMDR και οι διάφορες ψυχοθεραπείες με την σωματική άσκηση, έχουν επιφέρει θετικά αποτελέσματα (Rosenbaum et al. 2011, Maccani 2012, Banbury 2016). Παρόλα αυτά, μία ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Hetrick et al. (2010), δεν απέφερε επαρκή αποδεικτικά στοιχεία όσον αφορά τα οφέλη και το ρίσκο του συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας με την ψυχοθεραπεία, σε σύγκριση με την κάθε είδους θεραπεία ξεχωριστά. Ολοκληρώνοντας, έχουν γίνει διάφορες έρευνες προς αναζήτηση μιας θεραπείας, όμως μεγαλύτερη προσπάθεια θα πρέπει να δοθεί στο μέλλον, καθώς η ασθένεια αυτή επηρεάζει μεγάλο ποσοστό μικρών και μεγάλων επιζησάντων τραυματικών γεγονότων, οι οποίοι στη συνέχεια ζούνε μια μη-λειτουργική ζωή, προσφέροντας τίποτα στον εαυτό τους, στην οικογένειά τους αλλά και στην κοινωνία σαν σύνολο.

3. ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Υπόθεση 1η: Οι κατατρεγμένοι πρόσφυγες, που έρχονται στην Ελλάδα από τις χώρες της ανατολής λόγω των άσχημων συνθηκών που επικρατούν σε εκείνα τα μέρη, πάσχουν από το σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Υπόθεση 2η: Υπάρχει μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών προσφύγων με σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού στρες, από ό,τι ανδρών.

Υπόθεση 3η: Τα νεαρά άτομα ηλικίας έως και 24 χρονών είναι περισσότερο ευάλωτα στο σύνδρομο διαταραχής μετατραυματικού στρες, σε σύγκριση με τα αυτά ηλικίας 25 ετών και άνω.

Υπόθεση 4η: Οι πρόσφυγες που καταφθάνουν στην Ελλάδα, δεδομένου των εμπειριών που έχουν ζήσει, έχουν υψηλό βαθμό έντασης (severity score) διαταραχής του μετατραυματικού στρες.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σχεδιασμός της Έρευνας

4.1.1. Είδος Έρευνας

Η παρούσα έρευνα εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία των *ποιοτικών* ερευνών, κι αυτό γιατί, όπως είναι γνωστό, σε αυτού του τύπου τις έρευνες διερευνάται η εμπειρία των ατόμων και τα υποκειμενικά νοήματα που τη συγκροτούν, εστιάζοντας πάντα στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό (αξιακό και ιδεολογικό) πλαίσιο στο οποίο εγγράφεται. Με άλλα λόγια, τα αποτελέσματα της έρευνας θα βασιστούνε πάνω στις εμπειρίες των μεταναστών και στο διαφορετικό αντίκτυπο που είχαν τα βιώματα τους στον καθ' ένα, με σκοπό να κριθεί το αν πάσχουν από διαταραχή του μετατραυματικού στρες ή όχι. Βέβαια, το γεγονός ότι χρησιμοποιείται ερωτηματολόγιο για την εύρεση των αποτελεσμάτων, δίνει κι ένα *στοιχείο ποσοτικής έρευνας* στην παρούσα εργασία.

Ακόμη, λόγω του ότι η έρευνα στηρίζεται στις εμπειρίες και στα παρελθοντικά βιώματα των μεταναστών, χαρακτηρίζεται κι ως *αναδρομική έρευνα*. Μέσα από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, οι μετανάστες καλούνται να θυμηθούν τα παλιά και να ανακαλέσουν αρκετές, πιθανόν τραυματικές, αναμνήσεις με σκοπό τη συμπλήρωση του.

Τέλος, πρόκειται για μία *τυχαιοποιημένη* έρευνα. Συγκεκριμένα, όπως στις τυχαιοποιημένου είδους έρευνες το δείγμα επιλέγεται τυχαία μέσα από τον εκάστοτε πληθυσμό που ερευνάται, έτσι και στην παρούσα έρευνα ο κάθε μετανάστης που πληρούσε τα κριτήρια (τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω) είχε ίσες πιθανότητες συμμετοχής.

4.1.2. Πλάνο Διεξαγωγής της Έρευνας

Η έρευνα αυτή διεξήχθη σε ένα κέντρο φιλοξενίας προσφύγων, εδραιωμένο στη βόρεια Ελλάδα. Το σύνολο των 91 συμμετεχόντων, οι οποίοι επιλέχθηκαν τυχαία όπως ειπώθηκε προτύτερα, κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τόσο παρελθοντικές εμπειρίες τους, όσο και παροντικές αντιδράσεις, με σκοπό την καταμέτρηση του επιπέδου του μετατραυματικού στρες τους.

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι η έρευνα διεξήχθη με επίγνωση κι αδειοδότηση του Υπουργείου Μακεδονίας & Θράκης, και συγκεκριμένα του Γραφείου Μετανάστευσης. Επιπλέον, ελήφθη άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας από το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης στα πλαίσια του μαθήματος της «Συγγραφής Πτυχιακής

Εργασίας». Τέλος, εξασφαλίστηκε η συγκατάθεση των αρμόδιων αρχών του συγκεκριμένου κέντρου φιλοξενίας προσφύγων.

4.2. Περιγραφή του Δείγματος

4.2.1. Χαρακτηριστικά

Με σκοπό τη συμμετοχή τους στη συγκεκριμένη έρευνα, οι μετανάστες ήταν απαραίτητο να πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια. Ένα, λοιπόν, πολύ βασικό κριτήριο, το οποίο τέθηκε στην έρευνα, ήταν η συμπλήρωση του 18ου έτους ηλικίας. Με άλλα λόγια, οι συμμετάσχοντες ήταν όλοι ενήλικες και δεν ερωτήθηκε κανένα παιδί ή έφηβος. Ακόμη, πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό του δείγματος που επιλέχθηκε, ήταν κι η ικανότητα της ανάγνωσης της αραβικής γλώσσας. Επίσης, όλοι οι συμμετάσχοντες μετανάστες έφτασαν στην Ελλάδα από χώρες της Μέσης Ανατολής, όπου εγκατέλειψαν το σπίτι τους κι έφυγαν, λόγω των άσχημων συνθηκών ζωής που επικρατούσαν εκεί εξαιτίας των συγκρούσεων, των διαμαχών και του πολέμου. Να σημειωθεί, επίσης, πως δεν υπήρξε κανένας διαχωρισμός μεταξύ φύλου. Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες του πληθυσμού του συγκεκριμένου κέντρου φιλοξενίας είχαν τις ίδιες πιθανότητες συμμετοχής στην έρευνα. Τέλος, στην έρευνα αυτή συμμετείχαν μετανάστες οι οποίοι ήταν τοποθετημένοι μόνο στο εν λόγω κέντρο φιλοξενίας προσφύγων. Η έρευνα αυτή δηλαδή δεν επεκτάθηκε σε άλλα κοντινά ή μη κέντρα όπου φιλοξενούνταν αντίστοιχοι πρόσφυγες.

4.2.2. Ηθική Εκτίμηση

Σε αυτό το σημείο αξίζει να τονισθούν τα ηθικά μέτρα που λήφθηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας για κάλυψη του κάθε συμμετάσχοντα. Αρχικά, στάλθηκε ειδική αίτηση στην Επιτροπή Βιοηθικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης. Επίσης, διατηρήθηκε η αρχή ανωνυμίας των απαντήσεων των ερωτηματολογίων, καθώς δε ζητήθηκε πουθενά η συμπλήρωση του ονόματος του εκάστοτε συμμετέχοντα μετανάστη. Ακόμη, όπως προαναφέρθηκε, ζητήθηκε άδεια από τις αρμόδιες αρχές του συγκεκριμένου κέντρου προσφύγων, με σκοπό τη διαμοίραση ερωτηματολογίων, οι οποίες και συμφώνησαν χωρίς να έχουν καμία περαιτέρω ανάμειξη στη διαδικασία της έρευνας. Εξίσου σημαντικό στοιχείο της διαδικασίας διαμοιρασμού των ερωτηματολογίων ήταν κι η *συγκατάθεση του ιδίου του εκάστοτε πρόσφυγα* για τη συμπλήρωσή του, καθώς και η αποδοχή του ερωτηματολογίου ασυμπλήρωτου πίσω σε περίπτωση άρνησής του. Τέλος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το δείγμα αποτέλεσαν μόνο ενήλικοι πρόσφυγες κι έτσι ουδεμία άδεια ζητήθηκε από κάποιον κηδεμόνα.

4.3. Εργαλεία Μέτρησης

Για τη διάγνωση και τη μέτρηση του επιπέδου βαρύτητας της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους χρησιμοποιήθηκε το PTSD Checklist (PCL) και συγκεκριμένα το PCL-C, δηλαδή η εγκεκριμένη κι ειδικά σχεδιασμένη έκδοση του PCL για πολίτες.

Οι λόγοι για τους οποίους επιλέχθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνουν το γεγονός πως συμπληρώνεται από τους ίδιους τους εξεταζόμενους, χωρίς να απαιτείται παρουσία εκπαιδευμένου ψυχολόγου ή άλλη ειδική εκπαίδευση, καθώς επίσης και το ότι συμπληρώνεται μέσα χρονικό διάστημα μικρότερο των 10 λεπτών, κατά μέσο όρο. Επιπλέον, το γεγονός ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο παρουσιάζει 97% συμφωνία με την πλήρη δομημένη κλινική συνέντευξη διάγνωσης του PTSD (SCID), αποτέλεσε βασικό παράγοντα κατά τη διαδικασία επιλογής εργαλείου (Wilson & Keane 2003). Τέλος, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν καλεί τον εξεταζόμενο να περιορίσει τις απαντήσεις για συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός, κάνοντας το έτσι κατάλληλο για το δείγμα της έρευνας μας, δίνοντάς του τη δυνατότητα να απαντήσει ακόμα και για πολλαπλά τραυματικά γεγονότα. Ο μόνος χρονικός περιορισμός είναι αυτός της ενόχλησης συμπτωμάτων, καθώς αυτά σημειώνονται στο χρονικό πλαίσιο του ενός μήνα.

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην αραβική γλώσσα από εγκεκριμένο μεταφραστικό κέντρο, και προστέθηκαν στο ερωτηματολόγιο επεξηγήσεις στα αραβικά σχετικά με την έρευνα, δύο δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούν το φύλο και την ηλικία, καθώς κι ευχαριστίες για τη συμπλήρωση του στο τέλος.

Για τη διαγνωστική εκτίμηση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια DSM-IV, για τα οποία το εργαλείο είναι ειδικά σχεδιασμένο.

4.4. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η έρευνα έλαβε χώρα σε κέντρο φιλοξενίας προσφύγων της βόρειου Ελλάδος.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας, αλλά και για την κατοχύρωση της φοιτητικής ταυτότητας των μελών της ομάδας, με στόχο την μετέπειτα επικοινωνία τους με τους διάφορους φορείς και οργανώσεις, παραχωρήθηκε άδεια διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας από το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, στα πλαίσια του μαθήματος «Συγγραφή Πτυχιακής Εργασίας».

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο PTSD checklist (PCL), το οποίο είχε αναπτυχθεί στο «Διεθνές Κέντρο PTSD», στην ειδικά διαμορφωμένη μορφή του για μέτρηση μετατραυματικού στρες σε πολίτες (PCL-C). Παράλληλα, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε δύο φορές. Αρχικά μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια, δόθηκε προς μετάφραση στα αραβικά σε εγκεκριμένο μεταφραστικό κέντρο. (Παράρτημα Γ) Η ελληνική μετάφραση υπήρξε αναγκαία για την έγκριση του από τις αρμόδιες αρχές τόσο του κέντρου φιλοξενίας, όσο και του Υπουργείου Μακεδονίας Θράκης, και για την παραχώρηση άδειας εισόδου στο χώρο, στον οποίο φιλοξενούνται οι πρόσφυγες. Η μετάφραση στην αραβική γλώσσα κρίθηκε απαραίτητη για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από το δείγμα του πληθυσμού των προσφύγων, που θα συμμετείχε στην έρευνα, καθώς το τελευταίο θα απαρτιζόταν από πρόσφυγες οι οποίοι θα γνώριζαν ανάγνωση της αραβικής γλώσσας. Ακόμη, η αραβική μετάφραση του ερωτηματολογίου δόθηκε για επικύρωση σε δικηγορικό γραφείο, ώστε να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα της μετάφρασης, ενώ παράλληλα έγινε έλεγχος όψεως και περιεχομένου από τον Φ.Σ..

Για τον έλεγχο της λειτουργικότητας του εργαλείου μέτρησης, διεξήχθη αρχικά μια πιλοτική έρευνα στο κέντρο φιλοξενίας προσφύγων. Με τη σύμφωνη γνώμη όλων των αρμόδιων αρχών μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε ένα μικρό και τυχαίο δείγμα του συνολικού πληθυσμού του κέντρου φιλοξενίας. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώθηκε η λειτουργικότητα του εργαλείου, και η αποδοτικότητα του όσον αφορά τον χρόνο συμπλήρωσης του και το εύρος του δείγματος που μπορεί να καλύψει.

Με τη χρήση της άδειας που παρείχε το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, η ερευνητική ομάδα ήρθε σε επαφή με την αρμόδια γραμματεία μεταναστευτικής πολιτικής του Υπουργείου Μακεδονίας Θράκης, ώστε να χορηγηθεί άδεια εισόδου για τα μέλη της ομάδας στο κέντρο φιλοξενίας. Ταυτόχρονα, υπήρξε συνεννόηση με τις διοικητικές αρχές του κέντρου, αλλά και με τους φορείς που το απαρτίζουν, για να εξασφαλιστεί η όσο το δυνατόν

καλύτερη συνεργασία τους με την ερευνητική ομάδα, να διεξαχθεί με ομαλό και άρτιο τρόπο η ερευνητική διαδικασία και να οριστεί κατάλληλος χώρος και ημερομηνία για τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και της διάρκειά της. Ακόμη, ζητήθηκε από τους ερευνητές η συνδρομή στην ερευνητική διαδικασία δύο Σύριων μεταφραστών, οι οποίοι κλήθηκαν να βοηθήσουν την ομάδα στην ορθή επικοινωνία με τους πρόσφυγες και στην επεξήγηση τυχών αποριών των ερωτηθέντων ως προς το περιεχόμενο και την χρησιμότητα του εργαλείου μέτρησης.

Η ερευνητική διαδικασία είχε διάρκεια μίας ημέρας, κατά την οποία τα μέλη της ομάδας επισκέφτηκαν το χώρο του κέντρου φιλοξενίας με την συνοδεία των δύο μεταφραστών. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε ένα τυχαίο δείγμα προσφύγων, με μοναδικά κριτήρια τη γνώση της αραβικής ανάγνωσης και τη συμπλήρωση του 18ου έτους ηλικίας. Για την αποτελεσματικότερη κατανομή του χώρου, του χρόνου, αλλά και του δείγματος που είχαν στη διάθεση τους οι ερευνητές, η ερευνητική ομάδα χωρίστηκε σε δύο υποομάδες, ενώ την κάθε υποομάδα συνόδευε και ένας εκ των δύο μεταφραστών. Ακόμη, τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν άμεσα από το δείγμα των προσφύγων που συμμετείχε στην έρευνα, σε χρόνο λιγότερο των 10 λεπτών, και η συλλογή τους γίνονταν από τα μέλη της ομάδας. Τέλος, σε δεύτερο χρόνο ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και η διεξαγωγή των συμπερασμάτων από την ερευνητική διαδικασία, τα οποία θα αναφερθούν στα επόμενα κεφάλαια.

4.5. Περιορισμοί Έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας, η ερευνητική ομάδα ήρθε αντιμέτωπη με ορισμένες δυσκολίες, που δυσχέραιναν την πρόοδο της έρευνας.

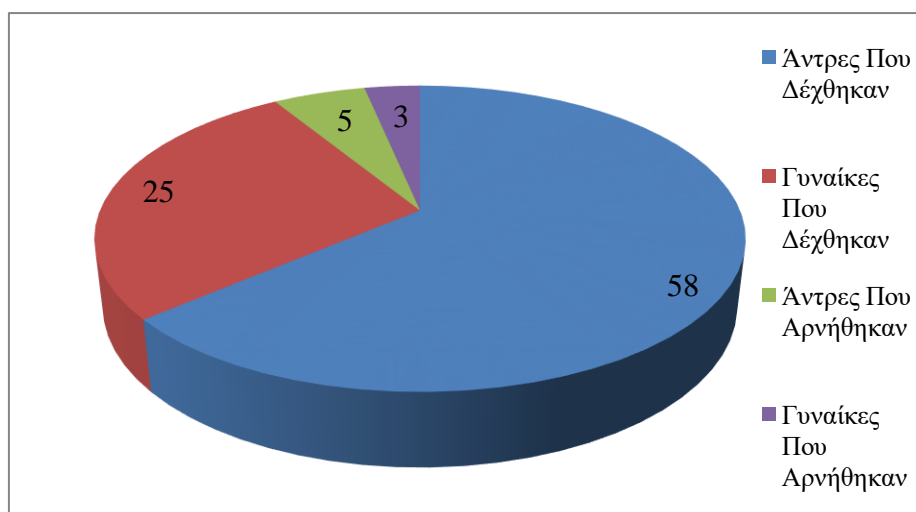
Αρχικά, η ανομοιογένεια του δείγματος ως προς τη δημογραφική σύσταση του υπήρξε πρόβλημα στη διεξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας, καθώς δεν διακρίνονταν κάποια σχετική ισότητα μεταξύ του γυναικείου και του ανδρικού πληθυσμού. Αυτό οφειλόταν κυρίως στο γεγονός ότι στο χώρο του κέντρου φιλοξενίας οι γυναίκες, κατά κύριο λόγο, επιβαρύνονταν με την φροντίδα των παιδιών και την καθαριότητα των σκηνών, με αποτέλεσμα να μην κυκλοφορούν στον ίδιο βαθμό με τους άνδρες και να μην έχουν τον ίδιο ελεύθερο χρόνο. Επιπλέον, η ερευνητική ομάδα κλήθηκε να επιλέξει μεταξύ συγκεκριμένων κέντρων φιλοξενίας της βορείου Ελλάδος, καθώς υπήρχε περιορισμένη προσβασιμότητα σε αυτά λόγω της απόστασης και των περιορισμένων μέσων μεταφοράς. Ακόμη, ένας αρνητικός παράγοντας στην εκτέλεση του ερευνητικού έργου υπήρξε η ελλιπής γνώση γραφής και ανάγνωσης της αραβικής γλώσσας από ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, γεγονός που συρρίκνωσε ακόμα περισσότερο το διαθέσιμο δείγμα. Παράλληλα, και μετά από συνεννόηση με τις αρχές του κέντρου, στο οποίο διεξήχθη η έρευνα, υπήρχε περιορισμένος χρόνος κατά τον οποίο οι ερευνητές θα μπορούσαν να βρίσκονται στο χώρο για τη διεξαγωγή της έρευνας. Ο περιορισμός αυτός αποσκοπούσε στην αποτροπή της δημιουργίας οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ των ερευνητών και του δείγματος, καθώς και στην άμεση και στιγμιαία παρέμβαση των ερευνητών στο κέντρο, την λειτουργία του και την ψυχολογία των φιλοξενουμένων. Αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν αδύνατο από την πλευρά των ερευνητών να γνωρίζουν αν το σύνολο του τυχαίου δείγματος, που επιλέχθηκε, απαρτιζόταν πλήρως από Σύριους μετανάστες που προέρχονταν από εμπόλεμες ζώνες της Συρίας, ενώ ήταν επίσης άγνωστο το ψυχολογικό υπόβαθρο κάτω από το οποίο γίνονταν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Τέλος, η ύπαρξη ποικίλων διαλέκτων στην αραβική γλώσσα δημιούργησε απορίες στους ερωτηθέντες ως προς το νόημα ορισμένων λέξεων και φράσεων του ερωτηματολογίου, για τις οποίες υπήρξε συζήτηση μεταξύ αυτών και των μεταφραστών, με αποτέλεσμα την επίλυση τους.

4.6. Ανάλυση των Δεδομένων

Για τους σκοπούς της ανάλυσης των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα Microsoft Office Excel και το πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης SPSS. Χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών [μέσος όρος και σταθερή απόκλιση (SD)] και κατόπιν έγινε δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας.

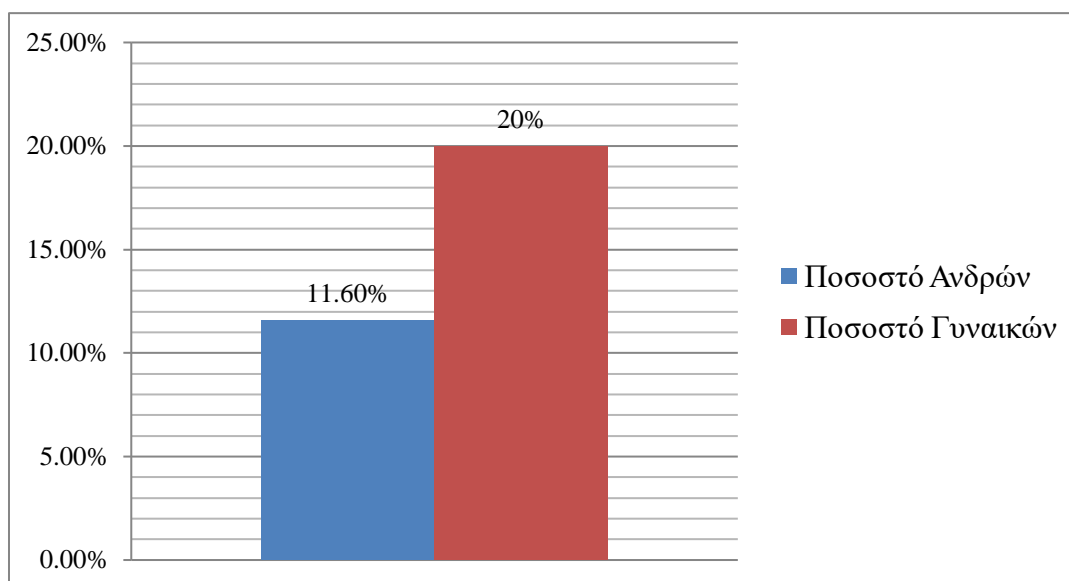
4.7. Αποτελέσματα

Έγιναν συνολικά 91 προτάσεις σε άνδρες και γυναίκες, εκ των οποίων 5 άνδρες και 3 γυναίκες, αρνήθηκαν αμέσως χωρίς να προηγηθεί ανάγνωση του ερωτηματολογίου για λόγους που δεν προσδιορίστηκαν (19,79% ποσοστό άμεσης άρνησης) (Γράφημα 4.7.1).



Γράφημα 4.7.1

Από τα 83 άτομα, εκ των οποίων 58 άντρες κι 25 γυναίκες, ολοκλήρωσαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου 53 άνδρες και 20 γυναίκες. Αξίζει να σημειωθεί πως το ποσοστό ατόμων που δεν ολοκλήρωσαν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανέρχεται στο 11,60% των ανδρών που δέχθηκαν αρχικά να το συμπληρώσουν, ενώ παράλληλα το ποσοστό των γυναικών ανήλθε στο 20%. (Γράφημα 4.7.2)

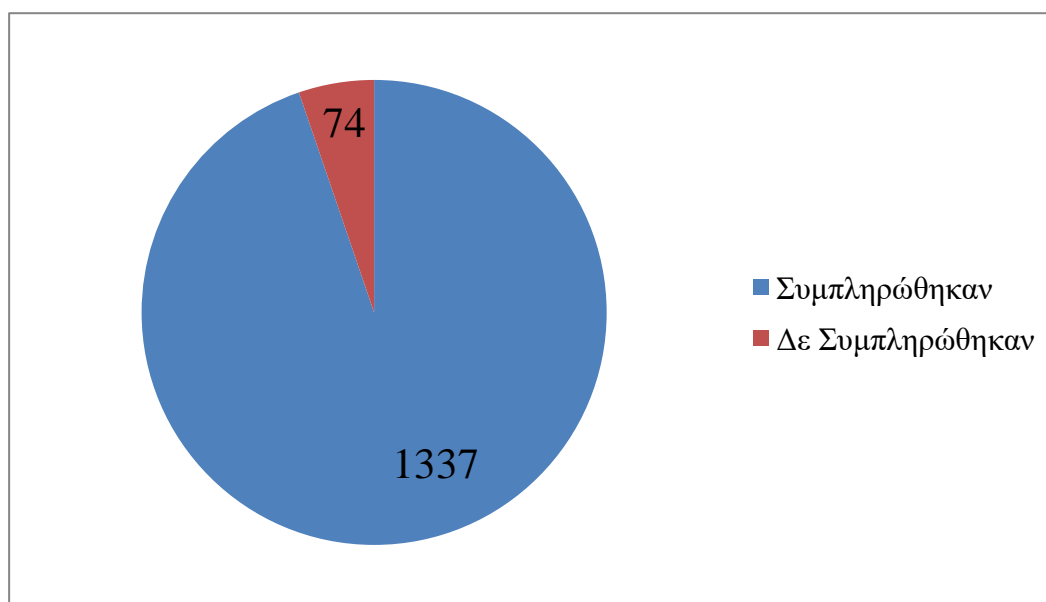


Γράφημα 4.7.2

Τα ερωτηματολόγια που δεν απαντήθηκαν πλήρως έχουν κενά κυρίως στις ερωτήσεις 6-12, δηλαδή του κριτηρίου C, που σχετίζεται με την επίμονη αποφυγή υπενθύμισης του τραυματικού γεγονότος.

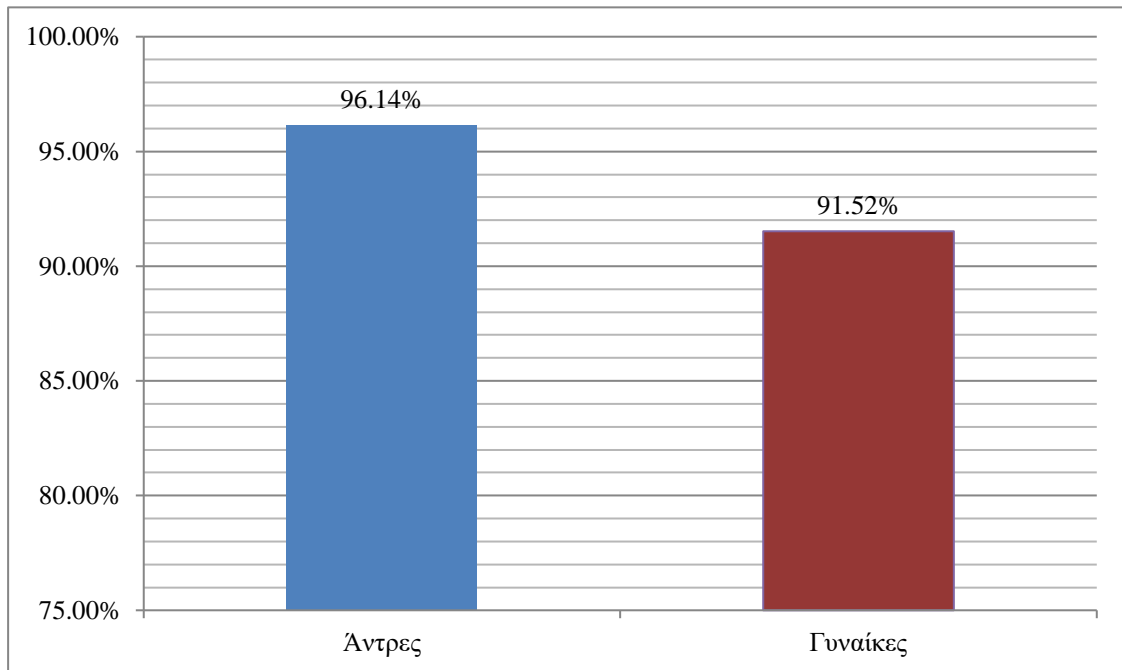
Το ποσοστό συμπλήρωσης ανά ερώτηση από άτομα που δέχθηκαν αρχικά να το συμπληρώσουν ανέρχεται στο 94,75% και για τα δύο φύλα (Γράφημα 4.7.3), με τους άντρες να βρίσκονται στο 96,14% και τις γυναίκες στο 91,52%. (Γράφημα 4.7.4)

Απαντήσεις



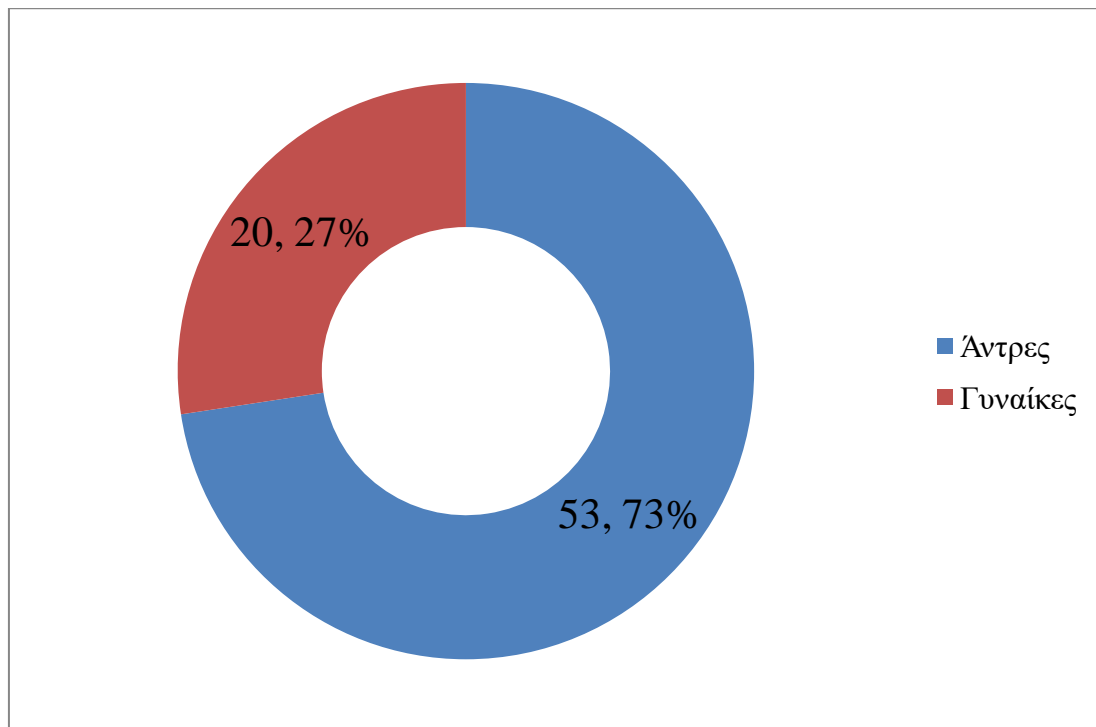
Γράφημα 4.7.3

Ποσοστό Συμπλήρωσης Κατά Ερώτηση Ανά Φύλο



Γράφημα 4.7.4

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια περιείχαν απαντήσεις από 73 άτομα, εκ των οποίων 53 άντρες και 20 γυναίκες, διαφόρων ηλικιών, ανομοιόμορφα κατανεμημένων. (Γράφημα 4.7.5).



Γράφημα 4.7.5

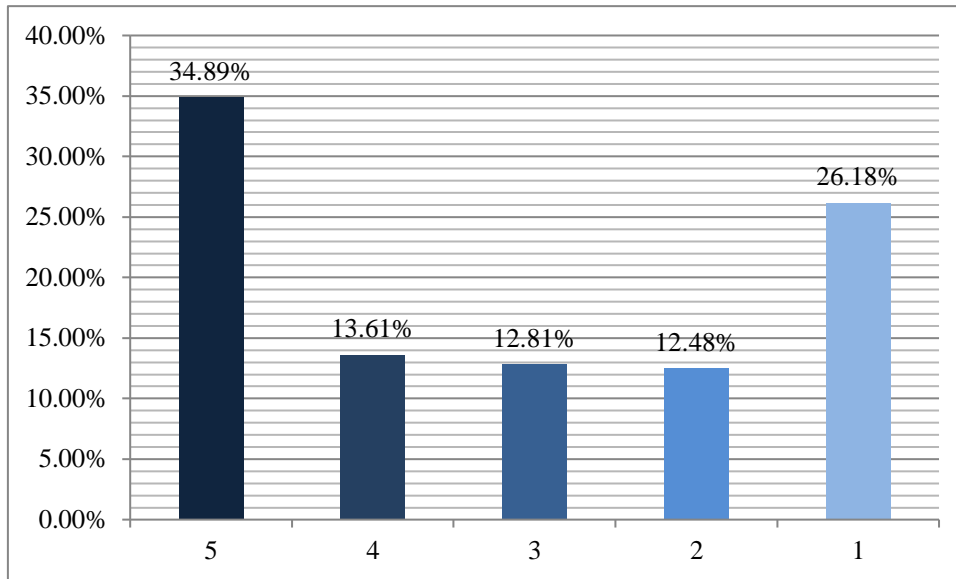
Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων που αφορούν τη συχνότητα ενόχλησης από συμπτώματα καταχωρήθηκαν ανά ερώτηση κι εκτιμήθηκαν λαμβάνοντας υπόψη φύλο κι ηλικία (Πίνακας 4.7.1).

Πίνακας 4.7.1

Σύνολο	5	4	3	2	1
1	35	12	9	6	11
2	18	16	14	9	16
3	16	15	5	10	27
4	36	12	7	8	10
5	25	10	8	9	21
6	24	11	8	10	20
7	25	5	8	12	23
8	25	5	14	12	17
9	39	7	5	7	15
10	27	9	6	12	19
11	27	8	9	8	21
12	23	8	10	7	25
13	28	12	10	2	21
14	23	9	8	13	20
15	20	9	10	10	24
16	22	11	18	8	14
17	20	10	10	12	21
Ποσοστό	34,89%	13,61%	12,81%	12,48%	26,18%

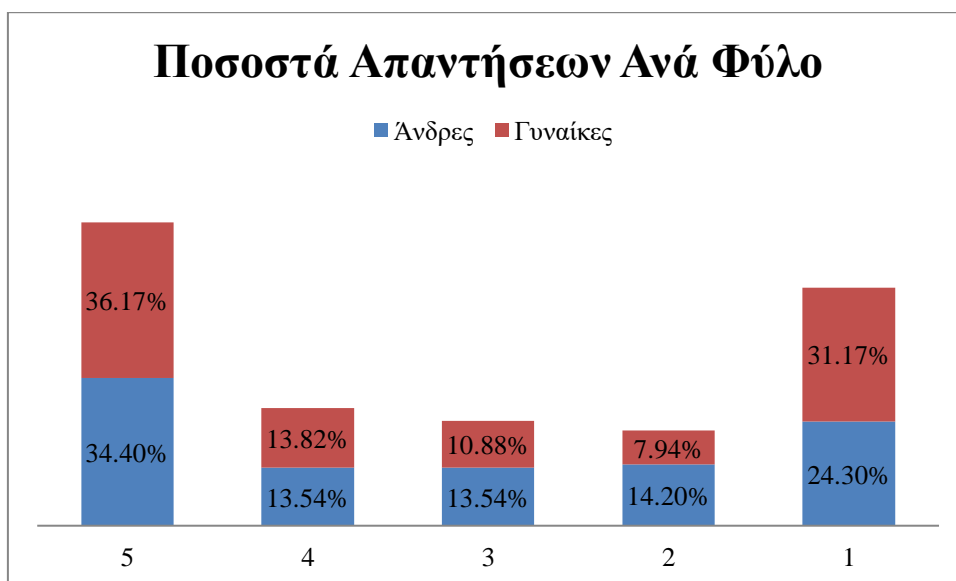
Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τον αριθμό φορών που επιλέχθηκε η κάθε απάντηση σε κάθε ερώτηση από άτομα και των δύο φύλλων, όλων των ηλικιών. Στο Παράρτημα παρατίθεται ο ανάλογος πίνακας για το εκάστοτε φύλο (Παράρτημα Πίνακας 1 & 2)

Ως προς το σύνολο των απαντήσεων παρατηρείται υψηλότερο ποσοστό απάντησης «Πολύ» με 2^η την απάντηση «Καθόλου» με διαφορά 18,70 ποσοστιαίες μονάδες (Γράφημα 4.7.6)



Γράφημα 4.7.6

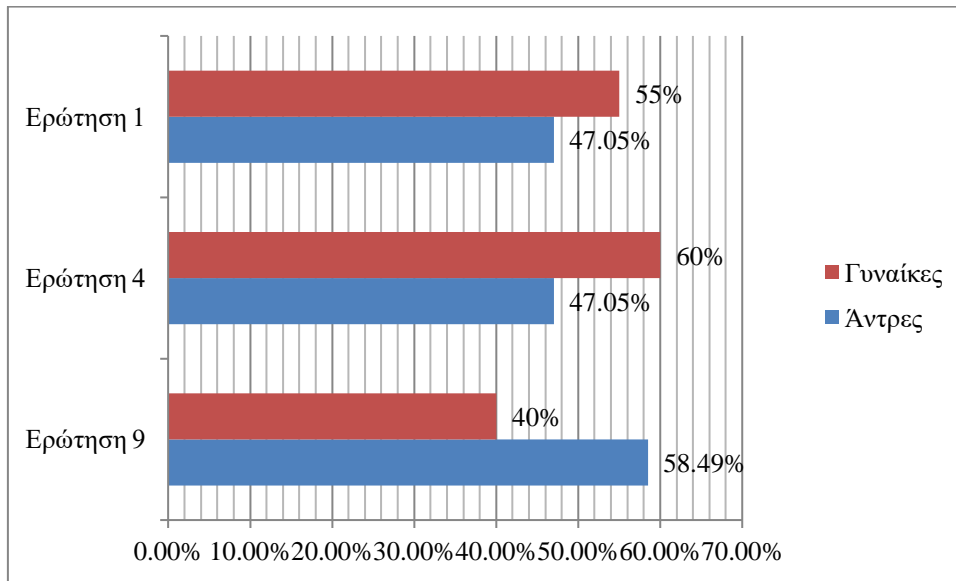
Προσθέτοντας στην τρέχουσα ανάλυση τη διαίρεση ανά φύλο, παρατηρείται μια μεγαλύτερη κλίση προς τις δύο ακραίες απαντήσεις για τις γυναίκες, ενώ για τους άντρες οι απαντήσεις είναι λιγότερο ακραία κατανεμημένες χωρίς να εξαλείφεται, όμως, αυτό το χαρακτηριστικό. (Γράφημα 4.7.7)



Γράφημα 4.7.7

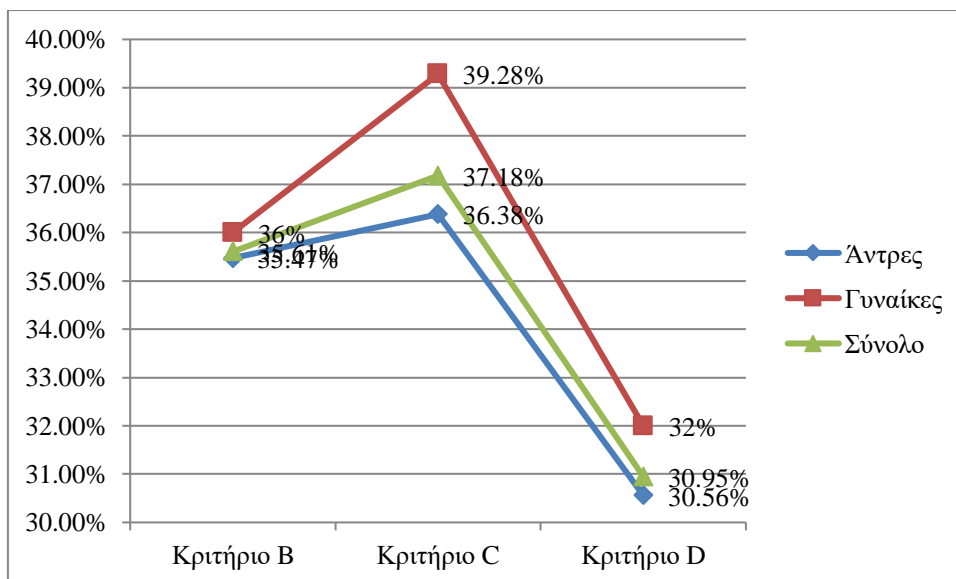
Προχωρώντας την ανάλυση, έγιναν ξεκάθαρες κάποιες τάσεις απαντήσεων υψηλής συχνότητας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις με κοινά σημεία στα δύο φύλα. Συγκεκριμένα, οι άντρες είχαν υψηλό ποσοστό απάντησης 5 («Πολύ») στην ερώτηση 9 που αφορά έλλειψη ενδιαφέροντος σε προηγουμένως ευχάριστες δραστηριότητες, ενώ οι γυναίκες στην ερώτηση 4 που αφορά

αίσθημα αναστάτωσης όταν κάτι υπενθυμίζει κάποιο τραυματικό παρελθοντικό γεγονός. (Γράφημα 4.7.8)



Γράφημα 4.7.8

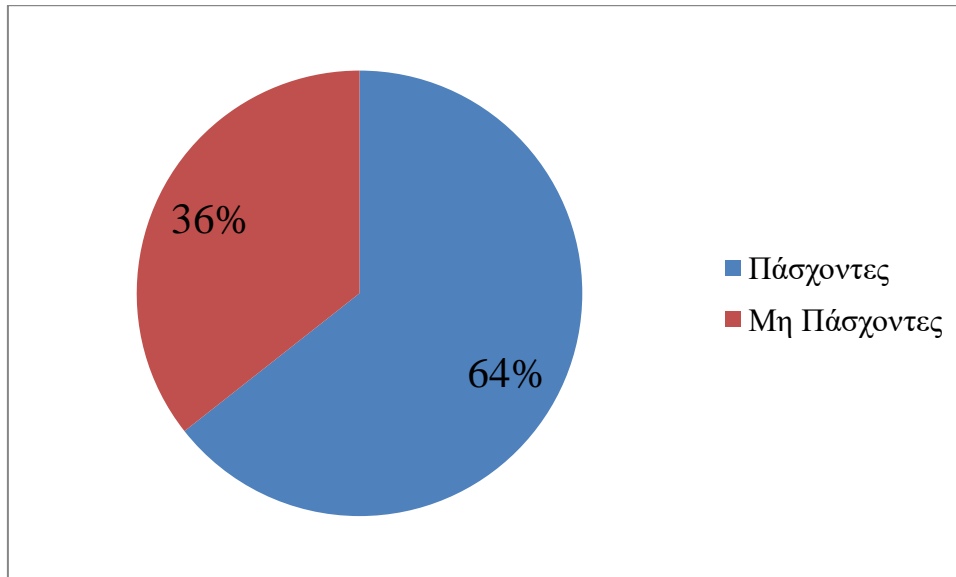
Μια ακόμα ανάλυση για διασταύρωση με το δεδομένο πως τα ασυμπλήρωτα ερωτηματολόγια είχαν κυρίως κενά στο κριτήριο C, ήταν η ποσοστιαία ανάλυση απαντήσεων στο σύνολο των ερωτήσεων του κριτηρίου C (ερωτήσεις 6-12) κατά φύλο αλλά και στο σύνολο. Όπως φαίνεται στο Γράφημα 4.7.9, το ποσοστό απάντησης 5 είναι υψηλότερο στις ερωτήσεις του κριτηρίου C (6-12) παρά στα άλλα δύο, γεγονός που συνεχίζει να ισχύει και στα δύο φύλα, με μεγαλύτερο ποσοστό για τους άνδρες.



Γράφημα 4.7.9

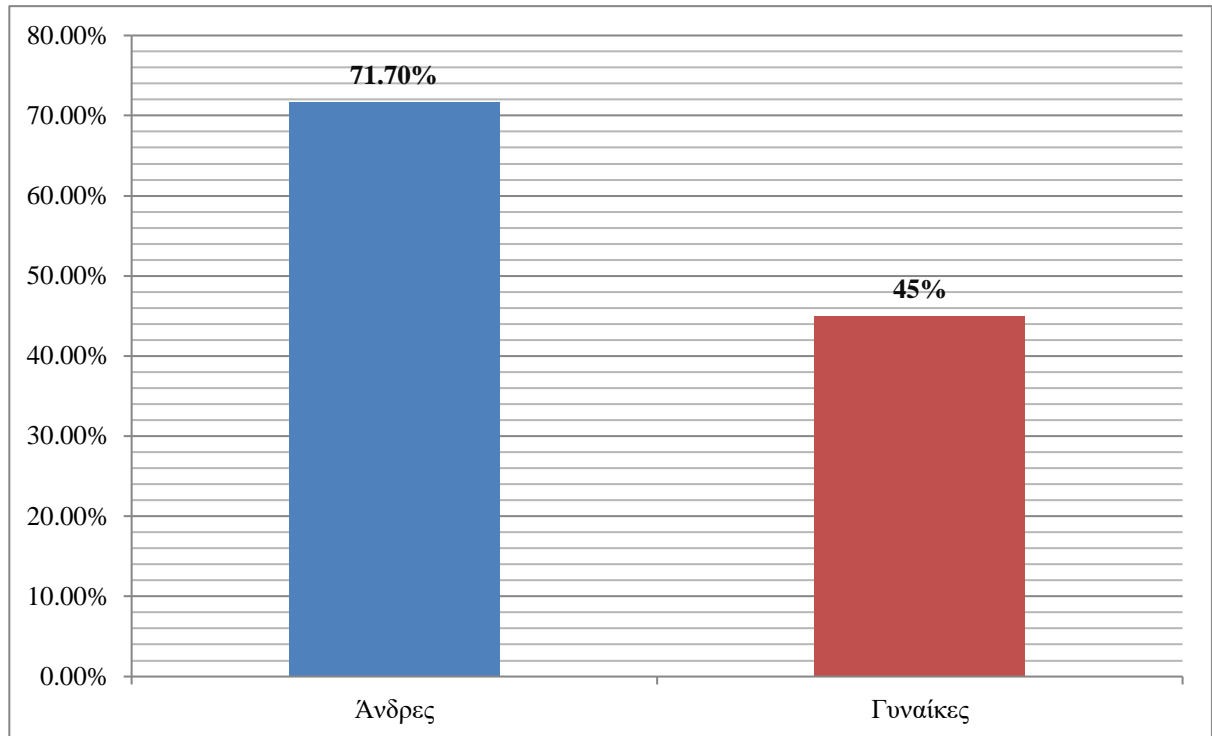
Περνώντας στο επόμενο στάδιο, χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια DSM-IV για το PTSD για να απαντηθεί το βασικό ερώτημα της έρευνας σχετικά με τον αριθμό των πασχόντων και τη βαρύτητα της ψυχικής πάθησής τους και των συμπτωμάτων τους.

Στο σύνολο των 73 ερωτηθέντων οι 47 διαγνώστηκαν με Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους ανεξαρτήτως βαρύτητας, αγγίζοντας έτσι το 64,38% (Γράφημα 4.7.10).



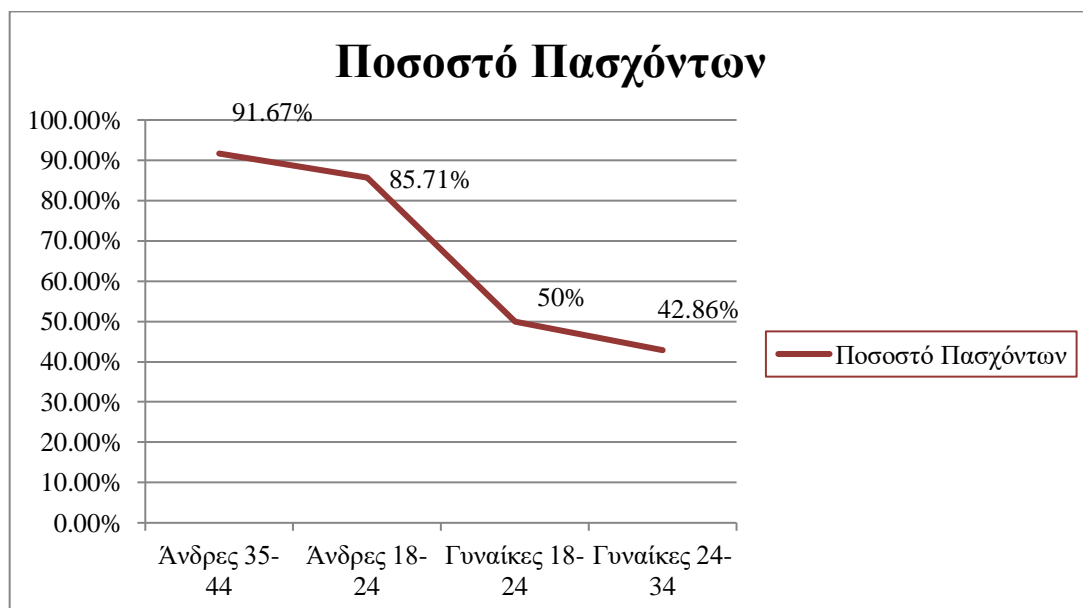
Γράφημα 4.7.10

Όσον αφορά τη διαίρεση ανά φύλο το 71,70% των ανδρών διαγνώστηκε με PTSD, ενώ στις γυναίκες το ανάλογο ποσοστό ανήλθε στο 45%. Μετά από έλεγχο κατανομών [μέσο όρο και σταθερής απόκλισης (SD)], έγινε δοκιμασία t-test που χαρακτήρισε τη διαφορά από φύλο σε φύλο ως στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ($t=2,1631$ $P=0,0339$)(Γραφ 4.7.11)



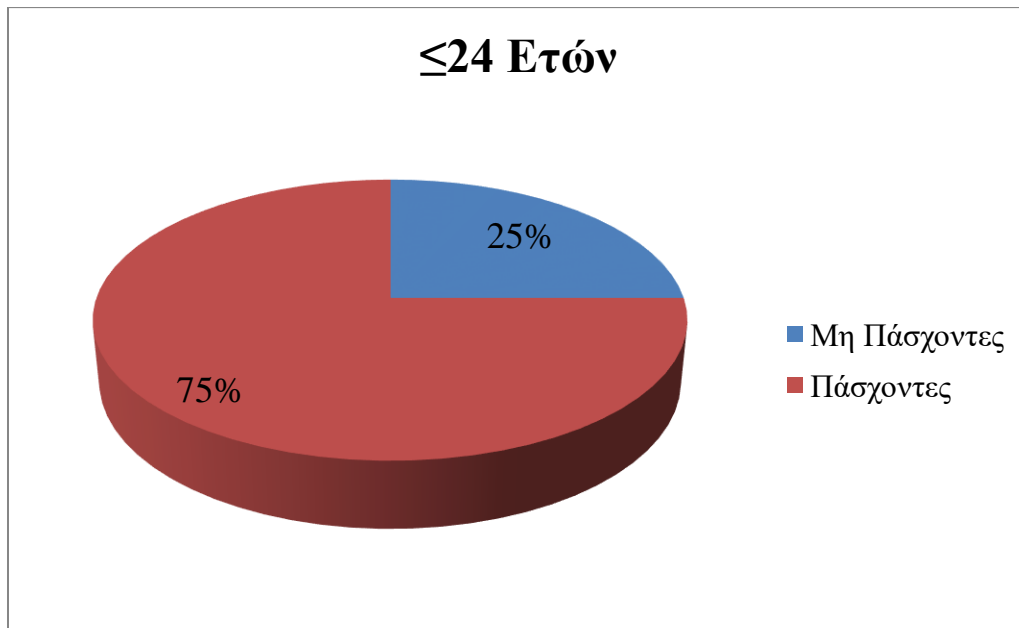
Γράφημα 4.7.11

Σύμφωνα με τα δεδομένα, τα υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης PTSD αφορούσαν άνδρες 35-44 ετών με 91,67% ποσοστό ενώ δεύτεροι ήρθαν οι άνδρες 18-24 ετών με ποσοστό διάγνωσης 85,71%. Τα χαμηλότερα ποσοστά σημειώθηκαν στις γυναίκες 24-34 ετών με 42,86 ποσοστιαίες μονάδες ενώ δεύτερες ήρθαν οι γυναίκες 18-24 ετών με 50% ποσοστό διάγνωσης. (Γράφημα 4.7.12)

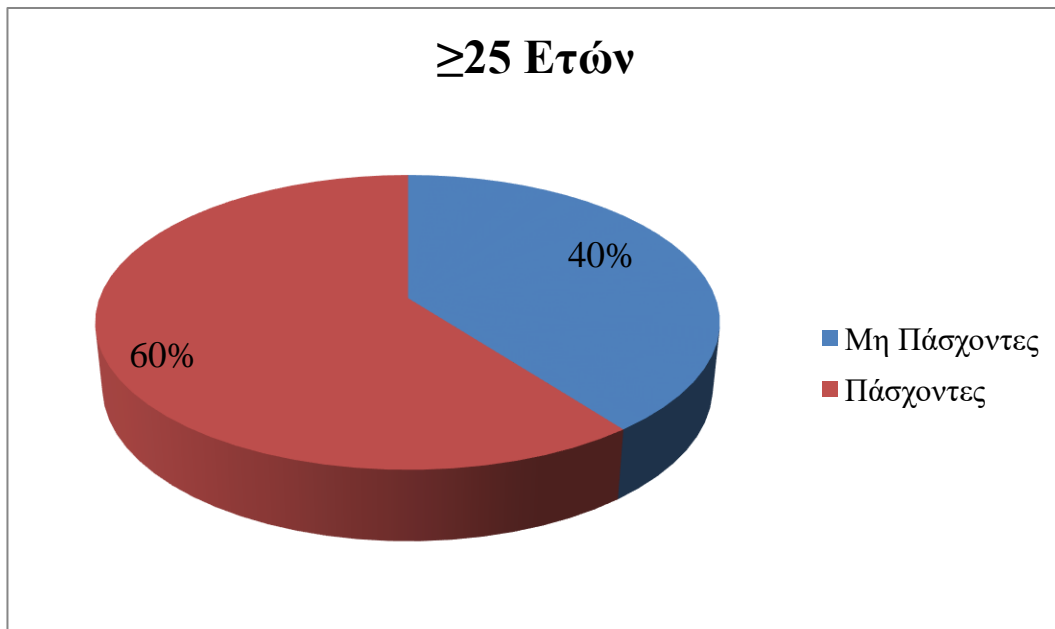


Γράφημα 4.7.12

Έγινε ανάλυση αποτελεσμάτων επιδημιολογίας, χωρίζοντας το δείγμα σε δύο ηλικιακές κατηγορίες, των ατόμων μέχρι 24 ετών κι ατόμων άνω των 24 ετών. Η πρώτη κατηγορία εμφάνισε ποσοστό συχνότητας διάγνωσης 75% (Γράφημα 4.7.13), ενώ η δεύτερη κατηγορία κινήθηκε στο 60% των συμμετασχόντων (Γράφημα 4.7.14). Το εύρημα μελετήθηκε ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των κατανομών κι έγινε paired t-test που έκρινε τη διαφορά ως οριακά στατιστικά σημαντική ($t=1,1583P=0,2506$).



Γράφημα 4.7.13



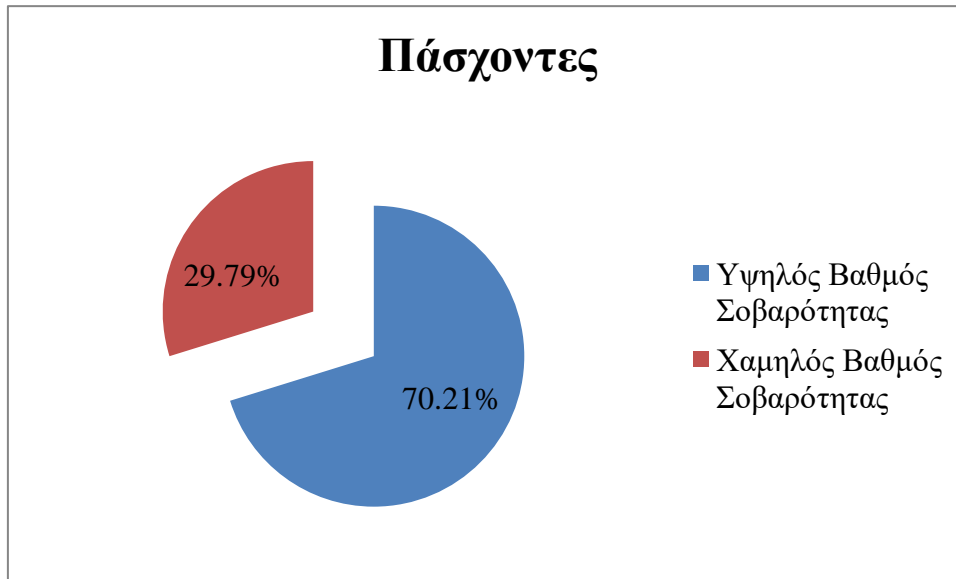
Γράφημα 4.7.14

Στον παρακάτω πίνακα (4.7.2) εκθέτονται το σύνολο των ατόμων ανά δημογραφική κατηγορία και ο αριθμός των διαγνωσμένων με Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες.

Πίνακας 4.7.2

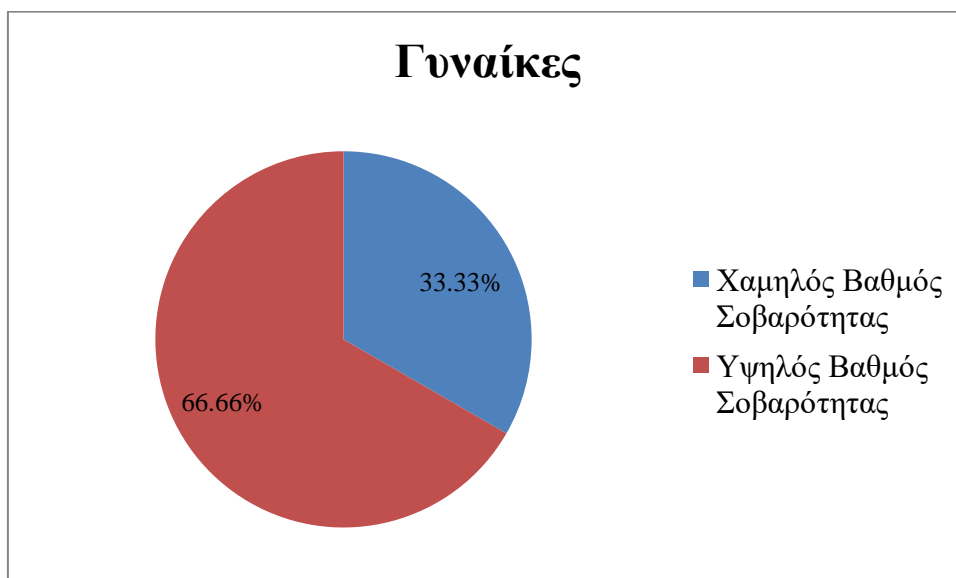
	Σύνολο Ερωτηθέντων	Διαγνώστηκαν με PTSD	Ποσοστό Πασχόντων
Άντρες	53	38	71,70%
18-24	14	12	85,71%
24-34	13	8	61,54%
35-44	12	11	91,67%
45+	14	7	50,00%
Γυναίκες	20	9	45,00%
18-24	6	3	50,00%
24-34	7	3	42,86%
35-44	5	3	60,00%
45+	2	0	0,00%
Σύνολο	73	47	64,38%

Επιπροσθέτως, εκτιμήθηκε η σοβαρότητα των συμπτωμάτων κι η βαρύτητα της νόσου σε όσους διαγνώστηκαν με PTSD. Λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία που επαρκεί για διάγνωση και την υψηλότερη δυνατή βαθμολογία, χρησιμοποιήθηκε ως μέσο επίπεδο η βαθμολογία 57/85. Ο διαχωρισμός αυτός μπορεί να θεωρηθεί έγκυρος μόνο αφότου το δείγμα έχει αναλυθεί διαγνωστικά, καθώς ο μεγαλύτερος πιθανός άνευ διάγνωσης Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες ξεπερνάει το σημείο τομή που τέθηκε (73/85 είναι ο μεγαλύτερος δυνατός βαθμός στο ερωτηματολόγιο χωρίς διάγνωση). Πάνω από το 70% των πασχόντων είχαν υψηλής συχνότητας ενόχληση λόγω των συμπτωμάτων. (Γράφημα 4.7.15). Το συγκεκριμένο εύρημα ελέγχθηκε ως προς τις κατανομές του (Mean=49.20, 70.65, SD=5.29, 8,00) και έπειτα από δοκιμασία paired t-test αποδείχθηκε πως είναι στατιστικά εξαιρετικά σημαντικό. (t=9.4792, P=0.0001)

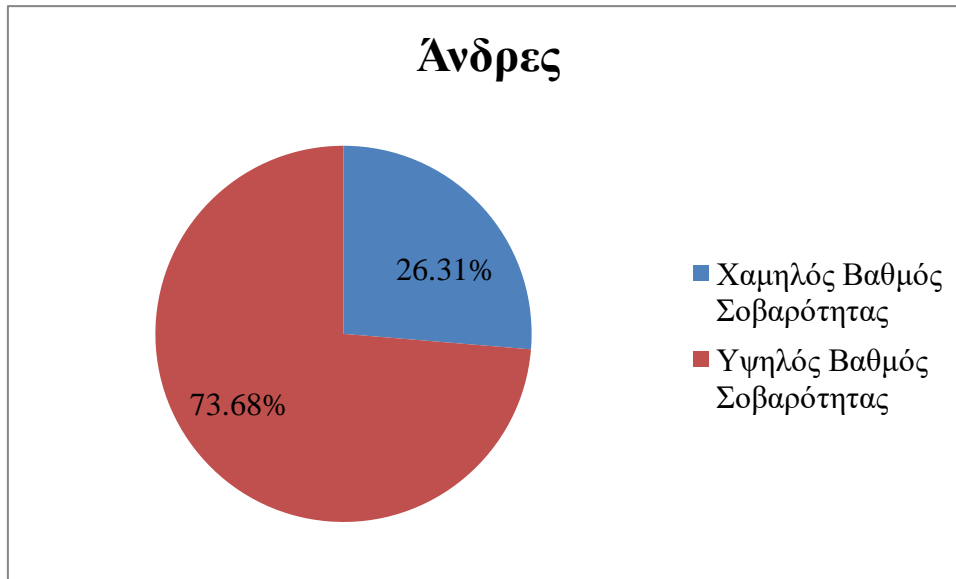


Γράφημα 4.7.15

Όσον αφορά το διαχωρισμό σε φύλα, τα 2/3 των γυναικών, που διαγνώστηκαν με PTSD, είχαν υψηλό βαθμό βαρύτητας PTSD (Γράφημα 4.7.16), ενώ για τους άνδρες ισχύει πως το 73,68% των πασχόντων ξεπερνούσαν το σημείο-τομή που τέθηκε (Γράφημα 4.7.17). Η διαφορά ανάμεσα στα φύλα αξιολογήθηκε ως προς τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (Mean= 0.74, 0.67, SD= 0.45, 0.50) κι έγινε δοκιμασία t-test κατά την οποία η διαφορά αξιολογήθηκε ως οριακά μη σημαντική στατιστικά. ($t=2,0000$ $P=0,0805$)



Γράφημα 4.7.16



Γράφημα 4.7.17

Τέλος, στο Παράρτημα έχει προστεθεί ένα διάγραμμα που απεικονίζει τις αυξητικές τάσεις του βαθμού σοβαρότητας, καθώς ανεβαίνει η ηλικία, χωρίς να μπορεί, όμως, να αποδειχθεί αν αυτό αποτελεί στατιστικά σημαντικό εύρημα ή όχι. (Γράφημα 1).

4.8. Συζήτηση

Ξεκινώντας, προσεγγίζεται το θέμα της άμεσης άρνησης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Ο αριθμός ήταν χαμηλός και σχεδόν ίσος ανάμεσα στα δύο φύλα, κάτι που σημαίνει πως ο λόγος δεν βρίσκεται στο φύλο. Ο πιθανότερος λόγος για τις απορρίψεις αυτές εικάζεται πως είναι το γεγονός ότι ο χρόνος τους θα χαραμιζόνταν για μία έρευνα που δε θα είχε άμεση επίδραση στη ζωή τους και στα προβλήματά τους. Επιπλέον, είναι εξαιρετικά πιθανό πως λόγω γενικότερης συναισθηματικής κατάστασης τα άτομα αυτά δεν ενδιαφέρονταν να ασχοληθούν με την έρευνα, ιδιαιτέρως όταν υπήρχαν διαφορετικές υποχρεώσεις κι ανησυχίες ως προτεραιότητα.

Σχετικά με τη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στο δείγμα της έρευνας, η αιτιολογία πιθανόν να βρίσκεται στο γεγονός πως οι γυναίκες αποτελούν μόλις το 17% του πληθυσμού των προσφύγων που έρχεται στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνες της Ύπατης Αρμοστείας (MSF 2016). Επιπροσθέτως, οι γυναίκες ήταν πιο επιφυλακτικές από τους άνδρες στο να έρθουν σε επαφή με την ερευνητική ομάδα και να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο, αλλά υπήρχε και γενικότερη δυσκολία στην προσέγγισή τους. Είναι πολύ πιθανό να παρέμεναν στις σκηνές του κέντρου φιλοξενίας για να φροντίζουν τα παιδιά ή για άλλους λόγους.

Όσον αφορά το εύρημα σχετικά με το υψηλότερο ποσοστό συμπλήρωσης στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, είναι πιθανό να πρόκειται για περίπτωση όπου οι γυναίκες ντρέπονται περισσότερο από τους άντρες στο να δηλώσουν τη συμπτωματολογία του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους που αφορά την αποφυγή συναισθημάτων κι υπενθυμίσεων (Κριτήριο C). Επιπλέον, το γεγονός πως σε κανένα ερωτηματολόγιο δεν έλειπαν συνεχόμενες ερωτήσεις στο τέλος υποδηλώνει πως ο λόγος μη ολοκλήρωσης του ερωτηματολογίου δε σχετίζεται με το χρόνο συμπλήρωσης του, τον εκνευρισμό ή κάποια άλλη συναισθηματική φόρτιση από την ανάγνωση κάποιας ερώτησης που απέτρεψε το άτομο από την ολοκλήρωση της διαδικασίας.

Το γεγονός πως οι δύο κορυφαίες επιλογές των συμμετασχόντων ήταν το 5 «Πολύ» και το 1 «Καθόλου» μπορεί να λάβει δύο εξηγήσεις. Είναι πιθανό οι εξεταζόμενοι να θεώρησαν υποσυνείδητα το 5 ως καταφατική απάντηση για την παρουσία συμπτώματος και το 1 ως αρνητική απάντηση, κρίνοντας τις υπόλοιπες απαντήσεις περιττές και γι' αυτό δεν τις προτίμησαν στην επιλογή τους, παρά τις γραμμένες επεξηγήσεις πάνω στην κάθε στήλη απάντησης. Η επόμενη πιθανή αιτιολογία βρίσκεται στο ποικιλόμορφο ιστορικό υπόβαθρο των εξεταζομένων, το οποίο δεν εξετάστηκε ως μέρος της έρευνας. Τίθεται υπό εξέταση η εξήγηση πως τα αποτελέσματα κυμαίνονται κυρίως στο 5 και στο 1 λόγω των τραυματικών εμπειριών που βίωσε ή όχι ο πληθυσμός που εξετάζεται και τη βαρύτητα αυτών στη ψυχική υγεία του εκάστοτε ατόμου. Έτσι, είναι πιθανό ένα τμήμα του δείγματος να μη βίωσε πολεμικές τραυματικές εμπειρίες λόγω

σύμπτωσης, τοποθεσίας διαμονής, κοινωνικο-οικονομικού υποβάθρου ή άλλους λόγους. Όπως είναι λογικό, ένα τέτοιο άτομο μπορεί λόγω χαμηλής έκθεσης σε άλλα τραυματικά γεγονότα (ταξίδι στην Ελλάδα για παράδειγμα) να μην εμφανίζει οποιοδήποτε σύμπτωμα PTSD. Αντιθέτως, όσοι εκτέθηκαν σε τραυματικά γεγονότα σε εμπόλεμη ζώνη αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα τώρα και γι' αυτό απαντούν 5 στις ερωτήσεις αντί για 4, 3 ή 2.

Επιπλέον, ακόμα μεγαλύτερη τάση προς τις 2 ακραίες επιλογές παρατηρήθηκε στις γυναίκες, κάτι που συνάδει με το γεγονός πως το γυναικείο φύλο είναι ένας παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους όσον αφορά την απάντηση 5 (Chen 2015). Σχετικά με την επίσης μεγαλύτερη τάση στην απάντηση 1, μπορεί να θεωρηθεί πως λόγω φύλου υπήρχε μικρότερη έκθεση της συγκεκριμένης δημογραφικής κατηγορίας σε τραυματικές εμπειρίες, ικανά που συνάδει με τη βιβλιογραφία που αναφέρθηκε στο θεωρητικό κομμάτι, που θέλει μικρότερο ποσοστό γυναικών να εκτίθεται σε τραυματικά γεγονότα. Είναι πιθανό, δηλαδή, οι γυναίκες να παρέμεναν στο σπίτι σε εμπόλεμες ζώνες φροντίζοντας τα παιδιά όσο οι άνδρες μπορεί να δραστηριοποιούνταν εκτός της ασφάλειας του σπιτιού για συλλογή εφοδίων απαραίτητων για την επιβίωση.

Το γεγονός πως πάνω από τους μισούς άνδρες του δείγματος απάντησαν 5 στην ερώτηση σχετικά με απώλεια ενδιαφέροντος σε προηγουμένως ευχάριστες δραστηριότητες, τονίζει το συναισθηματικό αντίκτυπο των τραυματικών εμπειριών που βίωσαν αυτοί οι άνθρωποι. Αξίζει, δε, να σημειωθεί πως αυτό το σύμπτωμα αποτελεί κοινό σύμπτωμα με την κατάθλιψη σύμφωνα με τα κριτήρια DSM-IV (Substance Abuse and Mental Health Services Administration 2008). Η αντίστοιχη ερώτηση με υψηλά ποσοστά απάντησης 5 στις γυναίκες αφορούσε το σύμπτωμα αναστάτωσης κατά την υπενθύμιση τραυματικού γεγονότος, έμμεσα ή άμεσα. Ο πιθανότερος λόγος γι' αυτό το εύρημα είναι πως όταν οι γυναίκες του δείγματος εκτέθηκαν στο τραυματικό γεγονός, αυτό αποτυπώθηκε στη μνήμη τους με αποτέλεσμα η άμεση ή ακόμα κι έμμεση υπενθύμισή του να αποτελεί μεγαλύτερο πρόβλημα γι' αυτές.

Το εύρημα σχετικά με το υψηλό ποσοστό απαντήσεων 5 στο κριτήριο C (που αφορά συμπτώματα αποφυγής) στο σύνολο των συμμετασχόντων και περισσότερο στις γυναίκες δείχνει έντονα πως οι εξεταζόμενοι προσπαθούν να αποφύγουν οποιαδήποτε υπενθύμιση του γεγονότος, γεγονός που συνάδει με το παραπάνω συμπέρασμα σχετικά με την έντονη αποτύπωση του τραύματος στις γυναίκες. Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί πως το κριτήριο C είναι αυτό που απαιτεί τις περισσότερες απαντήσεις που θεωρούνται συμπτώματα σε σχέση με τα άλλα δύο κριτήρια. Αυτό το δεδομένο τονίζει πως το συγκεκριμένο δείγμα αντιμετωπίζει ισχυρότερο πρόβλημα με τη σημαντικότερη κατηγορία συμπτωμάτων του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες όπως αυτή ορίζεται μέσω των κριτηρίων DSM.

Περνώντας στην επιδημιολογία του PTSD στο δείγμα, παρατηρείται πως πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες πάσχουν από την ασθένεια, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα που έλαβε χώρα στο γειτονικό κράτος της Τουρκίας, όπου εξετάστηκαν επίσης Σύριοι πρόσφυγες με συχνότητα διάγνωσης της ασθένειας να μην ξεπερνά το 33,5% (Gokay et al. 2014). Αυτή η διαφορά μπορεί να οφείλεται στο γεγονός πως η έκθεση σε πολλαπλά τραυματικά γεγονότα αποτελεί παράγοντα που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους, όπως αποδείχθηκε στην ίδια έρευνα, και στο γεγονός πως το ταξίδι των ανθρώπων του δείγματος από την Τουρκία στην Ελλάδα είναι πολύ πιθανό να αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός από μόνο του, ικανό να πυροδοτήσει τη ψυχική πάθηση (MSF 2016). Αξίζει να εξεταστεί και το ενδεχόμενο ότι ο ενδιάμεσος χρόνος που μεσολάβησε από την έρευνα στην Τουρκία μέχρι και την τρέχουσα έρευνα, να αποτέλεσε ειδοποιό διαφορά για την έναρξη συμπτωμάτων, κατατάσσοντας τμήμα του δείγματος που πάσχει από PTSD σε αυτούς με καθυστερημένης εκκίνησης συμπτωμάτων αντί για οξεία. Το υψηλό ποσοστό υπογραμμίζει τον αντίκτυπο που είχαν τα πιθανώς βαρύτατα τραυματικά γεγονότα που βίωσε το δείγμα στη ψυχική τους υγεία.

Όταν γίνεται ανάλυση κατά φύλο, παρατηρείται μεγαλύτερο ποσοστό πασχόντων στο αντρικό δείγμα απ' ό,τι στο γυναικείο. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία, καθώς και την προαναφερθείσα έρευνα, που θέλουν το γυναικείο φύλο να είναι προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης της πάθησης, αλλά συνάδει με την προαναφερθείσα υπόθεση πως το γυναικείο τμήμα του δείγματος πιθανώς εκτέθηκε λιγότερο σε τραυματικά γεγονότα.

Οι δημογραφικές κατηγορίες με τα υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης PTSD ήταν οι άντρες 35-44 ετών και δεύτεροι οι άντρες 18-24 ετών. Δυστυχώς, το συγκεκριμένο εύρημα απέτυχε τη δοκιμασία κατανομών και t-test γι' αυτό και δε μπορεί να ληφθεί υπόψη ως στατιστικά σημαντικό εύρημα στην τρέχουσα έρευνα. Παρ' όλα αυτά, το γεγονός πως οι άντρες 35-44 εμφάνισαν το μεγαλύτερο ποσοστό διάγνωσης μπορεί να δικαιολογηθεί ως προς το προφίλ αυτών των ατόμων που είναι πιθανότατα οικογενειάρχες με καλύτερη ποιότητα ζωής. Έτσι, είναι πιθανόν να βίωσαν διαφορετικά τα τραυματικά γεγονότα με τα οποία ήρθαν αντιμέτωποι λόγω της ζωής, που άφησαν πίσω, που μπορεί να περιλάμβανε μία καριέρα και μία οικογένεια για της οποίας την ασφάλεια ανησυχούν ή για της οποίας το χαμό ή πλήγμα θρηνούν.

Το γεγονός πως δεν έλαβαν μέρος πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μπορεί να ληφθεί υπόψιν ως σημείο πως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι δεν εγκατέλειψαν την πατρίδα τους, δεν επιβίωσαν του ταξιδιού προς στην Ελλάδα ή του πολέμου.

Παρατηρώντας το Διάγραμμα 1 του Παραρτήματος, όπου εκθέτονται οι ηλικίες και οι βαθμοί σοβαρότητας του κάθε πάσχοντα, διακρίνεται μία ανοδική τάση στο βαθμό όσο ανεβαίνει η

ηλικία του ασθενούς, γεγονός που δεν ήταν δυνατό να επαληθευθεί σχετικά με τη στατιστική του σημαντικότητα.

Τέλος, όσον αφορά το βαθμό σοβαρότητας της πάθησης, πάνω από τους μισούς διαγνωσμένους με PTSD συμμετέχοντες είχαν υψηλού επιπέδου ενόχληση από τα περισσότερα συμπτώματα της πάθησης. Το στατιστικό αυτό δεδομένο επισημαίνει τον αντίκτυπο που είχαν οι τραυματικές εμπειρίες για όσους τις έζησαν και πόσο αυτές τους επηρέασαν συναισθηματικά. Γίνεται ξεκάθαρο πως τα βιώματα για τα οποία εξετάστηκε το δείγμα είναι *εξαιρετικά τραυματικά* για τη ψυχική ακεραιότητα.

Όσον αφορά την αρχική υπόθεση πως θα υπάρχουν στο δείγμα υψηλά ποσοστά επιδημιολογίας του Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, αυτή επιβεβαιώθηκε, καθώς τα κρούσματα ξεπερνούν το μισό του δείγματος, αγγίζοντας το 64%, κρίνοντας τα βιώματα των ανθρώπων ως εξαιρετικά τραυματικά και πιθανόν σχετικά κοινά στο σύνολό των εξεταζομένων.

Αντιθέτως, η υπόθεση πως οι γυναίκες του δείγματος θα εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά διάγνωσης της πάθησης διαψεύστηκε, καθώς τα άτομα ανδρικού φύλου εμφάνισαν 62% μεγαλύτερη συχνότητα διάγνωσης από αυτή των γυναικών. Στην έρευνα, που αναφέρεται και παραπάνω, αντιθέτως, το γυναικείο δείγμα είχε συχνότητα διάγνωσης της πάθησης 101% μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών.

Επίσης, έγινε υπόθεση σχετικά με τη σημασία της ηλικίας στο δείγμα των πασχόντων PTSD, και συγκεκριμένα πως οι νεότεροι των 24 ετών θα εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα διάγνωσης από αυτούς που ξεπερνούσαν το 24^ο έτος της ηλικίας τους. Η συγκεκριμένη υπόθεση επαληθεύτηκε, καθώς οι συμμετέχοντες κάτω των 24 ετών παρουσίασαν συμπτωματολογία Συνδρόμου Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες στο ένα τέταρτο του πληθυσμού τους, ενώ οι μεγαλύτεροι στο 60% τους. Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως οι νεότεροι πρόσφυγες τείνουν να είναι ελαφρώς πιο ευάλωτοι σε τραυματικά γεγονότα κι έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Ditlevsen & Elklit (2010), η οποία έδειξε πως τα υψηλότερα ποσοστά PTSD παρατηρούνται στα 40 έτη περίπου για τους άντρες και στα 50 έτη περίπου για τις γυναίκες.

Τέλος, έγινε υπόθεση πως το σύνολο των διαγνωσμένων με PTSD εξεταζομένων θα είχε υψηλού επιπέδου βαθμό βαρύτητας, η οποία κι επαληθεύτηκε. Το γεγονός πως πάνω από τα $\frac{3}{4}$ των πασχόντων είχε υψηλό βαθμό σοβαρότητας τονίζει το πόσο ο πόλεμος, το ταξίδι για την Ευρώπη κι η έλλειψη σταθερότητας σε συνδυασμό με την αγωνία για το μέλλον μπορεί να επηρεάσει τη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Οι άνθρωποι αυτοί είναι πολύ πιθανό να βιώσαν πολλαπλά τραυματικά γεγονότα που δρουν αθροιστικά στο βαθμό συχνότητας ενόχλησης συμπτωμάτων. Η φύση αυτών των τραυματικών εμπειριών δε μπορεί να προσδιοριστεί στο σύνολο του εξεταζομένου πληθυσμού, καθώς μπορεί να κυμαίνεται από τη θέα του θανάτου κάποιου οικογενειακού ή φιλικού

προσώπου, τη φυγή από τη χώρα σε καταστάσεις πείνας μέχρι ένα τραυματικό ταξίδι με εκμετάλλευση και κακομεταχείριση, ενώ ταυτόχρονα το άγχος κι η ανησυχία σίγουρα δεν απουσιάζει από το μυαλό αυτών των ανθρώπων.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ζήτημα του προσφυγικού κύματος από τις ανατολικές χώρες, το οποίο προέκυψε τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνία, μέσα στην οποία φιλοξενούνται. Μέσω των θεμάτων, που αναλύθηκαν στην παρούσα έρευνα, εντοπίστηκε πως όχι μόνο οι πιθανότητες νόσου του συγκεκριμένου πληθυσμού με διαταραχή του μετατραυματικού στρες είναι υψηλές, αλλά και πως η διάγνωσή και η αντιμετώπιση της θα πρέπει να είναι άμεση. Με αυτόν τον τρόπο θα επιτευχθεί η ολιστική λειτουργικότητα του ίδιου του μετανάστη και της κοινωνίας στην οποία φιλοξενείται. Με σκοπό να γίνει η έγκαιρη διάγνωση έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία, όπως ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις, επικεντρωμένα στην εξέταση του αντίκτυπου του τραυματικού γεγονότος σε ένα άτομο. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο PTSD Checklist (PCL), και συγκεκριμένα η ειδικά σχεδιασμένη έκδοσή του για πολίτες, όπως είναι οι μετανάστες, με μοναδική αλλαγή την προσθήκη των δημογραφικών στοιχείων φύλου και ηλικίας, καθώς και μίας εισαγωγικής επεξήγησης. Όσον αφορά τα αποτελέσματα, έγινε συμβολή των DSM-IV κριτηρίων, για τα οποία είναι ειδικά σχεδιασμένο το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο.

Για τη διεκπεραίωση της έρευνας λήφθηκαν, αρχικά, άδειες από το Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, καθώς και από τους αρμόδιους φορείς του στοχευόμενου κέντρου φιλοξενίας προσφύγων. Αφού μεταφράστηκε το ερωτηματολόγιο στην αραβική γλώσσα κι έγινε μία πιλοτική έρευνα για την διερεύνηση της λειτουργικότητάς του, η ερευνητική ομάδα επισκέφθηκε το εν λόγω κέντρο και, μαζί με την βοήθεια δύο μεταφραστών, μοίρασε τα ερωτηματολόγια, λύνοντας παράλληλα τυχόν απορίες για την συμπλήρωσή τους. Τέλος, με την συμβολή των κριτηρίων DSM-IV και των προγραμμάτων Microsoft Office Excel και SPSS υπολογίστηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία παρατέθηκαν αναλυτικά στην εργασία.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν πως ένα ποσοστό ύψους 64% από τους συμμετάσχοντες πρόσφυγες πάσχει από διαταραχή μετατραυματικού στρες. Αυτό σημαίνει πως πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες πάσχουν από αυτήν την ψυχική ασθένεια και δείχνει πόσο κοινή είναι μεταξύ του πληθυσμού αυτού. Αυτό το εύρημα συμβαδίζει με τους παράγοντες κινδύνου του μετατραυματικού στρες, καθώς ο πόλεμος, η μετανάστευση και οι διάφορες άλλες τραυματικές εμπειρίες, που έζησαν οι άνθρωποι αυτοί μέχρι να φτάσουν στην Ελλάδα, αλλά και που πιθανόν συνεχίζουν να βιώνουν κάτω από τις συνθήκες στις οποίες ζούνε, βοηθάνε στην εκδήλωση της νόσου αυτής.

Δυστυχώς, αν και το ζήτημα της διερεύνησης της διαταραχής του μετατραυματικού στρες ανάμεσα στους πρόσφυγες είναι αρκετά σημαντικό, δεν έχουν γίνει μέχρι στιγμής αρκετές μελέτες

επί του θέματος. Μία σχετικά όμοια έρευνα που διεξήχθη σε ένα κέντρο φιλοξενίας προσφύγων στην Τουρκία από τους Alrak et al (2014), έδειξε πως επίσης υπάρχουν πρόσφυγες που πάσχουν από την ψυχική αυτή ασθένεια σε ποσοστό 33,5% των ερωτηθέντων. Ωστόσο, η διαφορά του ποσοστού αυτού ίσως οφείλεται στο χρονικό διάστημα που πέρασε, αλλά και στο ταξίδι που διαμεσολάβησε από την Τουρκία προς την Ελλάδα για τον πληθυσμό αυτό.

Η συγκεκριμένη έρευνα, όπως αναφέρεται και σε ξεχωριστό κεφάλαιο μέσα στην εργασία, αντιμετώπισε αρκετά εμπόδια κατά την διαδικασία διεξαγωγής της. Δύο από τα κυριότερα ίσως ήταν ο χρόνος που δόθηκε στην ερευνητική ομάδα για το μοίρασμα των ερωτηματολογίων μέσα στο κέντρο φιλοξενίας, και η ανομοιομορφία του δείγματος, καθώς δεν συμμετείχαν ίσα ποσοστά από κάθε δημογραφική ομάδα. Ακόμη, ένα άλλο πρόβλημα αποτέλεσε κι ο περιορισμός στην αραβική γλώσσα. Επομένως, υπάρχει αρκετός χώρος για βελτιώσεις πάνω στα προβλήματα αυτά που μία αντίστοιχη μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να λάβει υπόψη της.

Εν κατακλείδι, η έρευνα αυτή απέδειξε πως υπάρχει αρκετά σοβαρό πρόβλημα διαταραχής μετατραυματικού στρες ανάμεσα στους πρόσφυγες. Το ζήτημα αυτό μπορεί να δημιουργήσει αναστάτωση στον πληθυσμό των προσφύγων, καθώς οι ψυχικά αυτοί ασθενείς δεν μπορούν να λειτουργήσουν και να αποδώσουν το ίδιο στην οικογένεια και στους φίλους τους. Ακόμη, μπορεί να δημιουργηθούν διάφορα προβλήματα και στην κοινωνία με την οποία αυτοί οι ασθενείς συναναστρέφονται, αφού μπορεί να αναπτυχθούν διαμάχες λόγω της αδυναμίας αντιμετώπισης του στρες. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να οργανωθούν διάφορες ενέργειες με σκοπό την όσο το δυνατόν πιο άμεση διάγνωση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες στον πληθυσμό αυτό, αλλά και την προσπάθεια αντιμετώπισής της στα άτομα θετικά διαγνωσθέντα. Ο τομέας της νοσηλευτικής θα μπορούσε να συνεισφέρει αρκετά επί του θέματος με τις οργανωτικές ικανότητες που μπορεί να προσφέρει, αλλά και με την ολιστική φροντίδα και παροχή υποστήριξης στα άτομα αυτά.

6. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το σύνδρομο διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι μία εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή σε άτομα που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία. Μια τέτοια τραυματική εμπειρία αποτελεί ο πόλεμος, που βλέπουμε να εξελίσσεται αυτές τις μέρες στις ανατολικές χώρες, αλλά και το πιθανόν επίπονο ταξίδι μέχρι την Ελλάδα. **Σκοπός** λοιπόν της έρευνας αυτής είναι η καταγραφή της ύπαρξης ή μη, της διαταραχής του μετατραυματικού στρες σε αραβόφωνους πρόσφυγες, που προέρχονται από αυτές τις ανατολικές χώρες. Ακόμη, σε περίπτωση ύπαρξης, θα εκτιμηθεί κι ο βαθμός έντασης (severity score) της εν λόγω διαταραχής για την κατανόηση της έκτασης του προβλήματος στον πληθυσμό αυτό. **Υλικό και Μέθοδος:** Στην έρευνα αυτή συμπεριλήφθησαν 91 πρόσφυγες, οι οποίοι ήταν εγκατεστημένοι σε ένα κέντρο φιλοξενίας προσφύγων στη βόρεια Ελλάδα. Ο λόγος που επιλέχθηκε το εν λόγω κέντρο φιλοξενίας είναι διότι ήταν πιο εύκολα προσβάσιμο από την ερευνητική ομάδα. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των δεδομένων είναι το PTSD CheckList, και συγκεκριμένα η ειδικά σχεδιασμένη έκδοσή του για πολίτες (PCL-C), στο οποίο προστέθηκε μία εισαγωγική επεξήγηση της εργασίας και δύο δημογραφικές ερωτήσεις φύλου και ηλικίας, και στη συνέχεια μεταφράστηκε στην αραβική γλώσσα. Το δείγμα αποτέλεσαν αραβόφωνες πρόσφυγες, οι οποίοι είχαν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους, ανεξαιρέτως φύλου. Για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε συμβολή των κριτηρίων DSM-IV και για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα Microsoft Office Excel και SPSS. **Αποτελέσματα:** Σαφής ήταν η ύπαρξη διαταραχής μετατραυματικού στρες στο δείγμα, τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες, με τους άντρες ωστόσο να παίρνουν την πρώτη θέση. Επιπλέον, ο βαθμός έντασης της ψυχικής αυτής διαταραχής, στην πλειοψηφία του δείγματος, ήταν σε υψηλά επίπεδα. Τέλος, η πιο ευάλωτη ηλικιακή ομάδα και στα δύο φύλα βρέθηκε να είναι αυτή των 35-44 ετών. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν το σοβαρό αντίκτυπο που είχαν οι τραυματικές εμπειρίες που βίωσαν οι πρόσφυγες αυτοί, μέχρι να φτάσουν στην Ελλάδα. Άμεση ανάγκη αποτελεί η έγκαιρη διάγνωση όλων των μεταναστών, που πάσχουν από την εν λόγω ασθένεια, καθώς και η εύρεση κι εφαρμογή του κατάλληλου τρόπου αντιμετώπισης της.

Λέξεις κλειδιά: Σύνδρομο Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, Μετανάστες, Πρόσφυγες, Πόλεμος, Τραυματικά Γεγονότα, PCL-C, Αραβική Άνοιξη

ABSTRACT

Introduction: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) is a psychiatric disorder developed by people who have been through a traumatic experience. The war that is being conducted for the past few years in the eastern countries could be considered one such experience, and the same could be said for the journey from these countries to Greece.

Objective: The purpose of this research paper is to determine the existence, or not, of PTSD among Arabic-speaking refugees, who originate from these countries. What is more, the severity score of those suffering from the current psychiatric disease will also be recorded, in order to understand the extent of this problem among the refugee population.

Methods: This research paper involved the participation of 91 Arabic-speaking refugees, all located in a camp in northern Greece. The deciding factor of choice for this camp was that it was easily accessible for the research team. The tool that was used for the gathering of data was the civilian version of PTSD CheckList (PCL-C), with the addition of an introduction to the research, and two questions regarding the gender and age of the participants. The tool was translated in the Arabic language. The sample consisted of Arabic-speaking refugees, aged 18 years and above, regardless of gender. The result evaluation was conducted via use of DSM-IV criteria, and Microsoft Office Excel along with SPSS were employed for the analysis.

Results: The definite existence of PTSD was discovered in the sample, afflicting both genders, with males suffering the most. In addition, the severity score was recorded to be significantly elevated for the majority of the participants. Finally, the most vulnerable age group was the same for both genders, featuring people between the ages of 35 and 44 years.

Conclusion: The findings of this research demonstrated that the traumatic experiences suffered by these refugees, on their journey to Greece, had a severe impact. It is imperative that all refugees suffering from this disorder be diagnosed in time, and receive appropriate treatment.

Key Words: Post Traumatic Stress Disorder, Refugees, War, Traumatic Events, PCL-C, Arab Spring

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alpak, G., et al. (2015) Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2015 Mar;19(1):45-50

Andreasen, N. C. (2010), Posttraumatic stress disorder: a history and a critique. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 Oct; 1208:67-71

Asseburg, M. (2013) The Arab Spring and the European Response, *The International Spectator*, 48:2, 47-62

Banbury, N. M. (2016). Case study: Play therapy and eye movement desensitization and reprocessing for pediatric single incident posttraumatic stress disorder and developmental regression. *International Journal Of Play Therapy*, 25 (3), 166-174.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat H. D., et al. (1998), Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:626-32.

Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D., (2000) Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *J Consult Clin Psychol.* 2000 Oct;68(5):748-66.

Bülent, A. & Emirhan, Y.(2016): State, region and order: geopolitics of the Arab Spring, *Third World Quarterly*

Chen, X. et al. (2015), A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans, Shanghai, Second Military Medical University

Chen, Y. et al. (2014). Efficacy of Eye-Movement Desensitization and Reprocessing for Patients with Posttraumatic-Stress Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos ONE*, 9 (8), 1-17.

Crocq, M. A., Crocq, L., (2000) From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology, *Dialogues Clin Neurosci.* 2000 Mar; 2(1): 47–55.

Cukor, J., Olden, M., Lee, F., & Difede, J. (2010). Evidence-based treatments for PTSD, new directions, and special challenges. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1208 (1), 82-89.

Diehle, J. et al. (2015). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24, 227–236.

Ditlevsen, N. D., Elklit, A., (2010), *The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder*, Odense Denmark, University of Southern Denmark

El Sarraj, E., Punamäki, R. L., Salmi, S., Summerfield, D. (1996) Experiences of torture and ill-treatment and posttraumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners. *J Trauma Stress*. 1996 Jul;9(3):595-606.

European Commission, (2016), European Agenda on Migration, Available at: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/index_en.htm

European Commission, (2016), Schengen Area, Available at : http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/borders-and-visas/schengen/index_en.htm

Eurostat, (2016), Asylum statistics, Available at: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Asylum_statistics#cite_note-2

Falk, R. (2016): Rethinking the Arab Spring: uprisings, counterrevolution, chaos and global reverberations, *Third World Quarterly*

Fazel, M., Wheeler, J., Danesh J. (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005 Apr 9-15;365(9467):1309-14.

Feldner, M. T., Monson, C. M. & Friedman, M. J. (2007). A critical analysis of approaches to targeted PTSD prevention: Current status and theoretically derived future directions. *Behavior Modification*, 31 (1), 80-116

Freedman, S. A. & Shalev, A. Y. (2015). Is prevention better than cure? How early interventions can prevent PTSD. In: Safir, M.P., Wallach, H.S., Rizzo, A.', Safir, M.P., Wallach, H.S., & Rizzo, A.' (eds.), *Future directions in post-traumatic stress disorder: Prevention, diagnosis, and treatment, and treatment*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media, 171-186.

Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next (PDF). *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556.

Giles, M. (2016). Mindaltering Drugs Can Cure PTSD. *Popular Science*, 288 (1), 26.

Giller, E. (2000). *What is Psychological trauma?* , Sidran Press. New York

Hennig, B., (2016), *OUT OF AFRICA*, Geographical (Geographical Magazine Ltd.) Vol. 88 Issue 4, p10-11, 2p, 1 Map

Hetrick, S. E., Purcell, R., Garner, B. & Parslow, R. (2010). Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

Huysmans, J. (2010), *The European Union and the Securitization of Migration*, *Journal of Common Market Studies*, Volume 38, Issue 5 Pages 751–777

Imad, S. & Pearson, S. F., (2012) *The Collapse of Middle Eastern Authoritarianism: breaking the barriers of fear and power*, *Third World Quarterly*, 33:5, 931-948

International Organization for Migrants (IOM), (2011), Glossary on Migration, International Migration Law Series Available at: <http://www.iom.int/key-migration-terms>

Jindani, A.F. & Khalsa, G.F.S. (2015). A yoga intervention program for patients suffering from symptoms of posttraumatic stress disorder: A qualitative descriptive study. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, 21 (7), 401-408.

Kearns, M.C., Ressler, K.J., Doug, Z. & Rothbaum, B.O. (2012). EARLY INTERVENTIONS FOR PTSD: A REVIEW. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 29 (10), 833-842.

Kessler, R. C. et al (2005) Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jun;62(6):617-27.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., et al. (1990) Trauma and the Vietnam War generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, NY, Brunner/Mazel, 1990.

Maccani, M., Delahanty, D., Nugent, N. & Berkowitz, S. (2012). Pharmacological Secondary Prevention of PTSD in Youth: Challenges and Opportunities for Advancement. *Journal Of Traumatic Stress*, 25 (5), 543-550.

Marshall, G. N. et al. (2005) Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 2005 Aug 3;294(5):571-9.

Mather, Y. (2014) The Arab Spring and its Unexpected Consequences, *Critique*, 42:1, 73-86

Matthew, J. F., (2007), Assessment of PTSD and its Comorbidities, In: Matthew J. F. Terence M. K. & Patricia A. R. eds, *Handbook of PTSD; Science and Practice*, New York City, Guildford Press, 279-287

Medecins Sans Frontieres, (2016), *ΠΟΡΕΙΑ ΜΕΤ' ΕΜΠΙΟΔΙΩΝ ΠΙΠΟΣ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ*, Ιανουάριος 2016

McFalls, W., P. & M., (2003), *Best Practice Manual for Posttraumatic Stress Disorder: Compensation and Pension Examinations*, Washington D.C., Dept. of Veterans Affairs

NICE Clinical Guidelines, (2005) No. 26. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care, National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): Gaskell; 2005.

Norris, F.H. & Hamblen J.L., (2003), Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD, In Wilson J. & Keane T. eds, *Assessing Psychological Trauma and PTSD: A*

Practitioner's Handbook, New York, Guilford.

Ouimette, P., et al. (2004) Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *J Trauma Stress*. 2004 Feb;17(1):1-9.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., Weiss, D. S. (2003) Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis, *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73.

Phillips, C. (2015) Sectarianism and conflict in Syria, *Third World Quarterly*, 36:2, 357-376

Rhacel, S. P., (2001), *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford University Press

Rosenbaum, S., Sherrington, C. & Tiedemann, A. (2015). Exercise augmentation compared with usual care for post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 131 (5), 350-359.

Rosenbaum, S. et al. (2011). Exercise augmentation compared to usual care for post traumatic stress disorder: A randomised controlled trial (the REAP study: Randomised Exercise Augmentation for PTSD). *BMC Psychiatry*, 11.

Saakvitne, K. W. et al. (2000), *Risking Connection: A Training Curriculum for Working with Survivors of Childhood Abuse*, to be published by Sidran Press in January, 2000.

Salamey, I. (2015) , Post-Arab Spring: changes and challenges, *Third World Quarterly*, 36:1, 111-129

Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (2008), *Managing Depressive Symptoms in Substance Abuse Clients During Early Recovery*, Treatment Improvement Protocol Series, No 48, Rockville (MD), USA, Center for Substance Abuse Treatment

Summaries of EU legislation, (2007), Links between legal and illegal immigration , Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content>

____ Summaries of EU legislation, (2010), Treaty establishing the European Economic Community, EEC Treaty - original text (non-consolidated version) , Available at : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Axy0023>

Summaries of EU legislation, (2010), Treaty of Maastricht on European Union, Available at: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content>

Tolin, D. F., Foa, E. B. (2006) Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*. 2006 Nov;132(6):959-92.

Uguak, U.A. (2010). The Importance of Psychological Needs for the Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Displaced Children in Schools. *Journal Of Instructional Psychology*, 37 (4), 340-351.

United Nations High Commissioner for Refugees- Office in Greece, (2012), Contribution to

the dialogue on migration and asylum. Available at: <http://www.unhcr.org/greece.html>

_____ United Nations Recommendations on International Migration Statistics , International migration Concepts and definitions , Available at:

<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/migration/migrmethods.htm>

WHO, UNHCR, (2015) mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG), Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies

Williamson, J. G. (2006), Global Migration, Finance & Development Vol. 43 Issue 3, p23-27, 5p

Γιατροί Χωρίς Σύνορα, (2015), «Πορεία μετ' εμποδίων προς την Ευρώπη» Available at:

<https://www.msf.gr/magazine/poreia-met-empodion-pros-tin-eyropi>

Ευρωπαϊκή Ένωση, (2016), Ευρωπαϊκός οργανισμός για τη διαχείριση της επιχειρησιακής συνεργασίας στα εξωτερικά σύνορα των κρατών μελών (Frontex), Available at:

https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/frontex_el#σύντομη-παρουσίαση

_____ Μπάγκαβος, Χ., Παπαδοπούλου, Δ. (2000), Μεταναστευτικές τάσεις και ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική, ΙΝΕ, Αθήνα (2000)

Τσαούσης, Δ. Γ., (1985) Κοινωνική ανθρωπολογία / Γκ. Λιενχαρντ. Η κοινωνική ανθρωπολογία στην Ελλάδα

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Πίνακες πλήθους απαντήσεων ανά ερώτηση, χωρισμένοι κατά φύλο

Πίνακας 1

Άνδρες	5	4	3	2	1
1	24	9	6	6	8
2	14	12	8	7	12
3	13	9	5	7	19
4	24	10	6	6	7
5	19	6	6	8	14
6	17	7	5	9	15
7	17	4	5	11	16
8	18	5	10	10	10
9	31	3	5	5	9
10	20	6	5	12	10
11	18	7	7	8	13
12	14	7	9	5	18
13	22	9	9	2	11
14	16	7	7	10	13
15	12	7	9	7	18
16	18	7	13	6	9
17	13	7	7	9	17
Σύνολο	310	122	122	128	219
Ποσοστό	34,40%	13,54%	13,54%	14,20%	24,30%

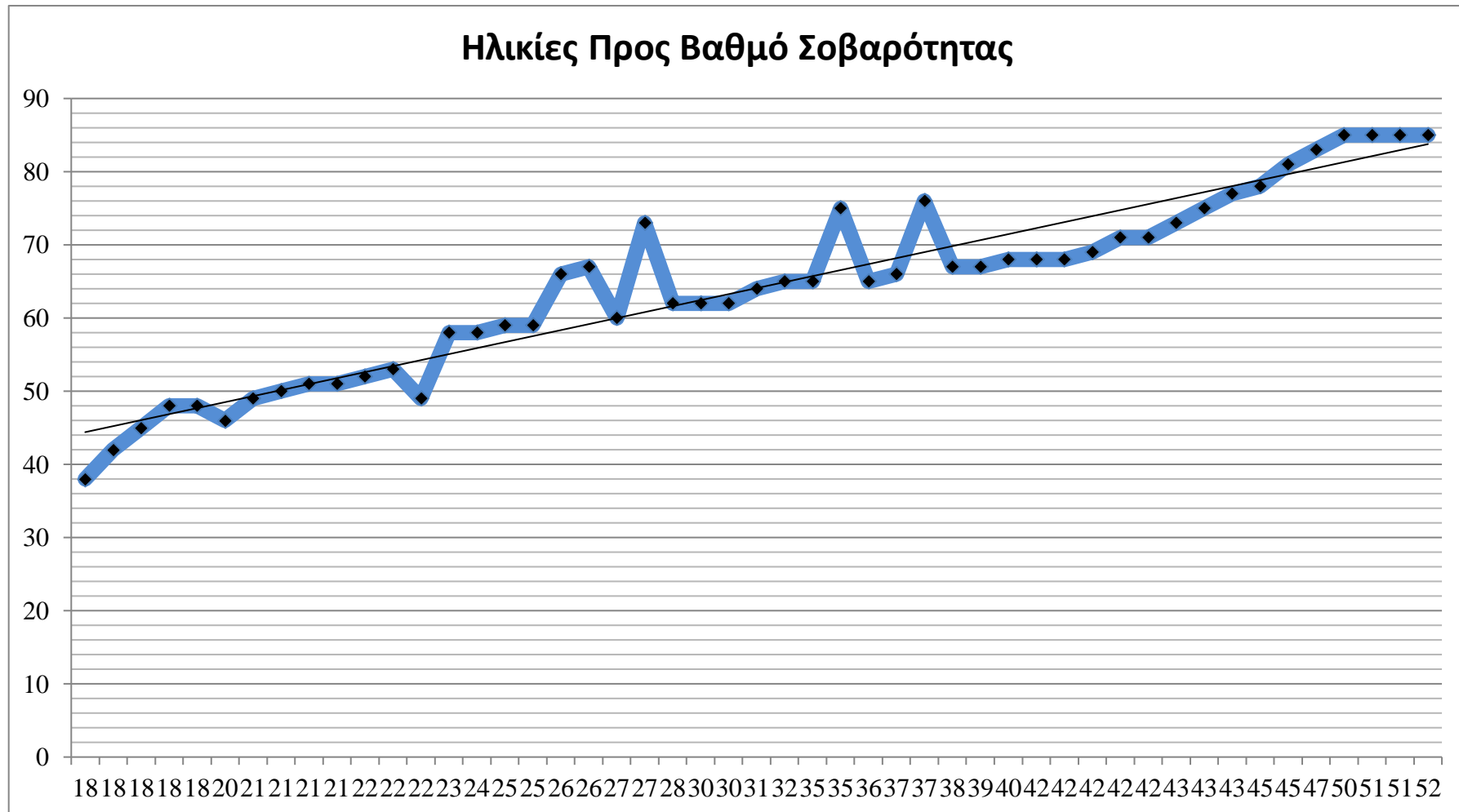
Πίνακας 2

Γυναίκες	5	4	3	2	1
1	11	3	3	0	3
2	4	4	6	2	4
3	3	6	0	3	8
4	12	2	1	2	3
5	6	4	2	1	7
6	7	4	3	1	5
7	8	1	3	1	7
8	7	0	4	2	7
9	8	4	0	2	6
10	7	3	1	0	9
11	9	1	2	0	8
12	9	1	1	2	7
13	6	3	1	0	10
14	7	2	1	3	7
15	8	2	1	3	6
16	4	4	5	2	5
17	7	3	3	3	4
Σύνολο	123	47	37	27	106
Ποσοστό	36,17%	13,82%	10,88%	7,94%	31,17%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Διάγραμμα Τάσης Αύξησης Βαθμού Σοβαρότητας Κατά την Αύξηση Ηλικίας.

Διάγραμμα 1



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Ερωτηματολόγιο PCL-C στα Αγγλικά

Syrian Refugees PTSD Questionnaire

This is a survey for a thesis project of the Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki Nursing School.

Please take a few minutes to answer the following questions by checking the empty boxes with an "X". Mark only one box in each question unless asked otherwise.

Your answers will be kept anonymous and will help us gather vital information for further analysis, so please try to be truthful.

1. Sex :

Male

Female

2. Age :

PCL-C

Instruction: Below is a list of problems and complaints that veterans sometimes have in response to stressful life experiences. Please read each one carefully, put an “X” in the box to indicate how much you have been bothered by that problem *in the last month*.

No.	Response	Not at all (1)	A little bit (2)	Moderat ely (3)	Quite a bit (4)	Extreme ly (5)
1.	Repeated, disturbing <i>memories, thoughts, or images</i> of a stressful experience from the past?					
2.	Repeated, disturbing <i>dreams</i> of a stressful experience from the past?					
3.	Suddenly <i>acting or feeling</i> as if a stressful experience <i>were happening</i> again (as if you were reliving it)?					
4.	Feeling <i>very upset</i> when <i>something reminded</i> you of a stressful experience from the past?					
5.	Having <i>physical reactions</i> (e.g., heart pounding, trouble breathing, or sweating) when <i>something reminded</i> you of a stressful experience from the past?					
6.	Avoid <i>thinking about</i> or <i>talking about</i> a stressful experience from the past or avoid <i>having feelings</i> related to it?					
7.	Avoid <i>activities</i> or <i>situations</i> because they <i>remind you</i> of a stressful experience from the past?					
8.	Trouble <i>remembering important parts</i> of a stressful experience from the past?					
9.	Loss of <i>interest in things that you used to enjoy</i> ?					
10.	Feeling <i>distant</i> or <i>cut off</i> from other people?					
11.	Feeling <i>emotionally numb</i> or being unable to have loving feelings for those close to you?					
12.	Feeling as if your <i>future</i> will somehow be <i>cut short</i> ?					
13.	Trouble <i>falling</i> or <i>staying asleep</i> ?					
14.	Feeling <i>irritable</i> or having <i>angry outbursts</i> ?					
15.	Having <i>difficulty concentrating</i> ?					
16.	Being “ <i>super alert</i> ” or watchful on guard?					
17.	Feeling <i>jumpy</i> or easily startled?					

Ερωτηματολόγιο PCL-C στα Ελληνικά

Ερωτηματολόγιο Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες Συρίων Προσφύγων

Η παρούσα έρευνα είναι για μια πτυχιακή εργασία του τμήματος Νοσηλευτικής του
Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης.

Παρακαλούμε, διαθέστε μερικά λεπτά για να απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις
σημειώνοντας ένα «X» στα άδεια κουτιά.

Σημειώστε μόνο ένα κουτί σε κάθε ερώτηση εκτός κι αν σας ζητηθεί κάτι άλλο. Οι απαντήσεις
σας θα παραμείνουν ανώνυμες και θα μας βοηθήσουν να συγκεντρώσουμε σημαντικές
πληροφορίες για περαιτέρω ανάλυση, γι' αυτό σας παρακαλούμε να παρέχετε ειλικρινείς
απαντήσεις.

1. Φύλο :

Άρρεν

Θήλυ

2. Ηλικία (συμπληρώστε το κενό):

PCL-C

#	Απάντηση	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Μέτρια (3)	Αρκετά (4)	Πάρα Πολύ (5)
1.	Επανελημμένες, ενοχλητικές αναμνήσεις, σκέψεις ή εικόνες μιας στρεσογόνου εμπειρίας του παρελθόντος;					
2.	Επανελημμένα, ενοχλητικά όνειρα μιας στρεσογόνου εμπειρίας του παρελθόντος;					
3.	Ξαφνικά να πράτετε ή να νιώθετε σαν να συμβαίνει και πάλι μια στρεσογόνος εμπειρία (σαν να την ξαναζείτε);					
4.	Νιώθετε πολύ αναστατωμένος-η όταν κάτι σας θυμίζει την στρεσογόνο εμπειρία του παρελθόντος;					
5.	Είχατε σωματικές αντιδράσεις (π.χ. γρήγοροι χτύποι καρδιάς, πρόβλημα στην αναπνοή ή ιδρώτα) όταν κάτι σας θυμίζει τη στρεσογόνο εμπειρία του παρελθόντος;					
6.	Αποφεύγετε να σκεφτείτε ή να μιλήσετε για μια Στρεσογόνο εμπειρία από το παρελθόν ή αποφεύγετε να έχετε συναισθήματα σχετικά με αυτήν;					
7.	Αποφεύγετε δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή σας θυμίζει μια στρεσογόνο εμπειρία του παρελθόντος;					
8.	Δυσκολεύεστε να θυμηθείτε σημαντικά τμήματα μιας στρεσογόνου εμπειρίας από το παρελθόν;					
9.	Έχετε έλλειψη ενδιαφέροντος για πράγματα που συνηθίζατε να απολαμβάνετε;					
10.	Νιώθετε απόμακρος-η ή αποκομμένος-η από άλλους ανθρώπους;					
11.	Νιώθετε συναισθηματικά μουδιασμένος-η ή δε μπορείτε να νιώσετε αισθήματα αγάπης προς κοντινά σας πρόσωπα;					
12.	Νιώθετε πως το μέλλον σας θα διακοπεί απότομα;					
13.	Δυσκολεύεστε να αποκοιμηθείτε ή ξυπνάτε πολλές φορές κατά τον ύπνο;					
14.	Νιώθετε εκνευρισμό ή έχετε εκρήξεις οργής;					
15.	Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;					
16.	Είστε σε εγρήγορση ή είστε συνέχεια σε επιφυλακή;					
17.	Νιώθετε υπερδιέγερση ή τρομάζετε εύκολα;					

Σας ευχαριστούμε πάρα πολύ για τον χρόνο που διαθέσατε για να απαντήσετε στις ερωτήσεις μας.

Ερωτηματολόγιο PCL-C στα Αραβικά

استبيان اضطراب ما بعد الصدمة للاجئين السوريين

هذا البحث هو لأطروحة من قسم التمريض في معهد الكسندر التربوي التكنولوجي في سالونيك
يرجى اتخاذ بضع دقائق للإجابة على الأسئلة التالية ووضع علامة على "X" في المربعات الفارغة.
يرجى تحديد مربع واحد فقط في كل سؤال إلا إذا تم طلب شيء آخر.

ستبقى إجاباتك مجهولة الهوية وسوف تساعدنا على جمع معلومات هامة لإجراء مزيد من التحليل، لذا يرجى تقديم إجابات صادقة.

SERAFEIM V. KARELIS
ATTORNEY AT LAW (Reg. No 9270)
11 CHALKEON STR. (CENTER) - P.C. 54631
TEL: +30 2310 232307 - THESSALONIKI
V.A.T. No: 126361100 - THESSALONIKI

1. الجنس

أنثى ذكر

2. العمر (املأ الفراغ)

It is certified, according to the art. 53 of the
Barrister Code, that this is a true and accurate
translation fromgreek..... into
.....arabian..... of the attached document
Thessaloniki ...3-6-2016.
The translator Lawyer

SERAFEIM V. KARELIS
ATTORNEY AT LAW (Reg. No 9270)
11 CHALKEON STR. (CENTER) - P.C. 54631
TEL: +30 2310 232307 - THESSALONIKI
V.A.T. No: 126361100 - THESSALONIKI

PCL-C

تعليمات:

فيما يلي قائمة من المشاكل والشكاوى التي تواجه قدامى المحاربين في الحرب في بعض الأحيان ردا على التجارب المرهقة. يرجى القراءة بعناية كل واحدة ووضع علامة "X" في المربع للإشارة إلى مقدار انزعاجك من هذه المشكلة في الشهر الماضي.

#	الجواب	ولا مرة (1)	قليلا (2)	متوسط (3)	بما فيه الكفاية (4)	كثير جداً (5)
1.	ذكريات مزعجة متكررة، أفكار أو صور من تجربة مرهقة من الماضي؟					
2.	أحلام مزعجة بصورة متكررة من تجربة مرهقة من الماضي؟					
3.	هل تقوم أو تشعر بالعودة إلى الوراء وحدثت تجربة مرهقة بشكل مفاجئ (كما لو أنك تعيشها مجدداً)؟					
4.	تشعر بالضيق الشديد عندما يذكرك شيء بتجربة مرهقة من الماضي؟					
5.	هل كان لديك ردود فعل جسدية (دقات قلب سريعة، صعوبة في التنفس أو التعرق) عندما يكون هناك شيء يذكرك بتجربة مرهقة من الماضي؟					
6.	تتجنب التفكير أو الحديث عن تجربة مرهقة من الماضي أو تتجنب الشعور حول هذا الموضوع؟					
7.	تتجنب أنشطة أو حالات لأنها تذكرك بتجربة مرهقة من الماضي؟					
8.	هل تواجه صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من تجربة مرهقة من الماضي؟					
9.	هل تفكر إلى الاهتمام في أشياء عادة كنت تتمتع بها؟					
10.	هل تشعر بالبعد أو بالعزلة عن الناس الآخرين؟					
11.	هل تشعر بالخدران عاطفياً أو لا يمكن أن تشعر بمشاعر الحب تجاه أشخاص مقربين إليك؟					
12.	هل تشعر أن مستقبلك سيتوقف فجأة؟					
13.	هل تجد صعوبة في النوم أو تستيقظ عدة مرات أثناء النوم؟					
14.	هل لديك شعور بالعصبية أو نوبات انفعال؟					
15.	هل لديك صعوبة في التركيز؟					
16.	هل أنت في "حالة تاهب فائقة" أو في حالة تحفظ دائم؟					
17.	هل أنت سريع الإحباط أو ترتعب بسهولة؟					

.RELIS

g.No 9270j

P.C.54631

SSALONIKI

SALONIKI

شكراً جزيلاً على الوقت الذي خصصته للإجابة على أسئلتنا.

