ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΟΙ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΙ ΑΝΗΛΙΚΟΙ ΣΤΟ ΔΥΤΙΚΟ ΚΟΣΜΟ: ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Της Σίμου Λαμπρινής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Όλγα Θεμελή

Ρέθυμνο 2016

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... 2

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΥ ΑΝΗΛΙΚΟΥ..... 3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΧΗΣ...... 4

1.1. Οι Βιετναμέζοι "Amerasians" στις Η.Π.Α...... 4

1.2. Πρόσφυγες της Κεντρικής Αμερικής...... 5

1.3. Πρόσφυγες από την Καμπότζη...... 6

1.4. Πρόσφυγες από τη Χιλή...... 8

1.5. Πρόσφυγες στον Καναδά...... 9

1.6. Ευρωπαϊκή Ένωση...... 10

1.7. Πρόσφυγες στη Σουηδία...... 11

1.8. Πρόσφυγες στην Αγγλία...... 12

1.9. Πρόσφυγες στην Ελλάδα...... 13

1.10. Πρόσφυγες από την Αφρική...... 14

1.11. Τα «χαμένα» αγόρια του Σουδάν...... 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ...... 19

2.1. Διαταραχή ψυχικής υγείας...... 19

2.2. Μετα-τραυματική διαταραχή στρες (PTSD) – Κατάθλιψη – Στρες (Άγχος)...... 19

2.3. Τραυματικές εμπειρίες - Η σχέση τους με την ψυχολογική δυσφορία...... 23

2.4. Παράγοντες κινδύνου...... 26

2.5. Συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών – Συναισθηματικά & συμπεριφορικά προβλήματα...... 28

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ...... 31

3.1. Έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση...... 31

3.2. Προστατευτικοί παράγοντες...... 33

3.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης...... 35

3.4. Θεραπείες...... 37

3.5. Οι κοινωνικές υπηρεσίες – μορφές φροντίδας...... 38

3.6. Εκπαίδευση...... 40

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ...... 41

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 43

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κάθε χρόνο χιλιάδες πρόσφυγες εγκαταλείπουν την πατρίδα τους, είτε λόγω πολέμου, είτε προκειμένου να αναζητήσουν και να δημιουργήσουν τις ευκαιρίες για ένα καλύτερο μέλλον. Μεταξύ αυτών υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός παιδιών, τα οποία συχνά φθάνουν στις χώρες υποδοχής χωρίς κάποιο γονέα, κηδεμόνα ή φροντιστή, ασυνόδευτα και απροστάτευτα από τους κινδύνους που παραμονεύουν και εκτεθειμένα σε κυκλώματα εκμετάλλευσης, δουλεμπορίου, διακίνησης και εμπορίου οργάνων.

Η παρούσα εργασία θα επιχειρήσει να προσεγγίσει το ευαίσθητο αυτό φαινόμενο των ασυνόδευτων ανηλίκων στο δυτικό κόσμο, αρχικά μέσα από την παρουσίαση δημογραφικών στοιχείων στις χώρες προέλευσης και υποδοχής, μέσω αναφοράς των κυριότερων προβλημάτων ψυχικής υγείας των παιδιών, τα οποία απορρέουν από το τραύμα πολέμου που έχουν υποστεί, αλλά και από τον αποχωρισμό από τους γονείς και τέλος μέσω προτάσεων παρέμβασης που στοχεύουν στην αποκατάσταση και προαγωγή της ψυχοκοινωνικής τους ευημερίας.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ: ασυνόδευτοι ανήλικοι, δυτικός κόσμος, ψυχική υγεία, παρεμβάσεις

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΟΥ ΑΝΗΛΙΚΟΥ

«Ως ασυνόδευτος ανήλικος, στην προσφυγική ορολογία, νοείται ένα πρόσωπο κάτω από την ηλικία των 18 ετών (ή της ηλικίας ενηλικίωσης κατά το δίκαιο της χώρας υποδοχής), υπήκοος τρίτης χώρας ή ανιθαγενής, ο οποίος εισέρχεται χωρίς τις νόμιμες διατυπώσεις σε μία άλλη χώρα και δεν συνοδεύεται από τους γονείς του, από επίτροπο ή άλλο ενήλικο που σύμφωνα με το νόμο ή το έθιμο είναι υπεύθυνος για την επιμέλειά του και μπορεί να αιτηθεί να υπαχθεί στο καθεστώς του πρόσφυγα στη χώρα ασύλου» (Ρετινιώτη, 2015).

Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), η βασική αρχή για την φροντίδα και την προστασία των παιδιών είναι «το μέγιστο συμφέρον του παιδιού». Όσον αφορά την κοινωνική ομάδα των ασυνόδευτων ανηλίκων που συχνά αιτούνται ασύλου, εξαιτίας της ευαλωτότητάς τους, τόσο λόγω ηλικίας, αλλά και λόγω των δυσμενών εμπειριών που έχουν βιώσει στην πατρίδα τους, θα πρέπει να τους επιτρέπεται η είσοδος στη χώρα υποδοχής και να λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία και το μέγιστο συμφέρον του παιδιού (UNHCR, 1997).

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί θα γίνει αναφορά στα δημογραφικά-στατιστικά στοιχεία των ανήλικων προσφύγων αναφορικά είτε με την χώρα προέλευσης, είτε με τη χώρα υποδοχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΔΟΧΗΣ.

1.1. Οι Βιετναμέζοι "Amerasians" στις Η.Π.Α.

Σύμφωνα με τους McKelvey & Webb (1995), οι ανήλικοι Βιετναμέζοι «Amerasians» είναι τα παιδιά των Αμερικανών πολιτών και Βιετναμέζων γυναικών, τα οποία γεννήθηκαν την περίοδο που οι Ηνωμένες Πολιτείες έλαβαν μέρος στον πόλεμο του Βιετνάμ (1962-1975).

Έχοντας υποστεί διακρίσεις, φτώχεια, μειωμένες εκπαιδευτικές αλλά και επαγγελματικές ευκαιρίες (στο Βιετνάμ), οι «Amerasians» αναγνωρίστηκαν ως ευθύνη των Ηνωμένων Πολιτειών, έπειτα από εφαρμογή του «Amerasian Homecoming Act», το Δεκέμβριο του 1987. Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο νόμο, οι «Amerasians» που έχουν γεννηθεί την περίοδο 1962-1975, έχουν το δικαίωμα να μεταναστεύσουν, μαζί με την οικογένειά τους, στις Ηνωμένες Πολιτείες («την χώρα των πατέρων τους»).

Έτσι, το 1990, η κυβέρνηση του Βιετνάμ ίδρυσε το Amerasian Transit Center (ATC) στην πόλη Ho Chi Minh, το οποίο εν μέρει χρηματοδοτήθηκε από την κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών και που λειτουργεί ως κεντρικό σημείο σύναξης των «Amerasians» πριν την αναχώρησή τους για τις Ην. Πολ. Από εκεί συνεχίζουν με κατεύθυνση το «Philippine Refugee Processing Center» (PRPC), μία κατασκήνωση προσφύγων στις Φιλιππίνες που χρηματοδοτείται από τα Ηνωμένα Έθνη, όπου για έξι μήνες μαθαίνουν την αγγλική γλώσσα, την Αμερικανική κουλτούρα και τον τρόπο εργασίας και εν τέλει, καταλήγουν σε διάφορες τοποθεσίες- συμπλέγματα στις Ην. Πολ., που λειτουργούν από εθελοντικές, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (σε συμφωνία με το Υπουργείο Εξωτερικών των Ην. Πολ.) και οι οποίες τους παρέχουν βασική υποστήριξη και υπηρεσίες προσαρμογής στις Ην. Πολ.

Παρόλο που οι «Amerasians» και οι οικογένειές τους θεωρούνται περισσότερο μετανάστες, παρά αληθινοί πρόσφυγες, μετακινούνται δωρεάν προς τις Ηνωμένες Πολιτείες και τους χορηγούνται ποικίλα προσφυγικά δικαιώματα, συμπεριλαμβανομένων της ιατρικής περίθαλψης, οικίας και χρημάτων από τη στιγμή της εγκατάστασής τους. Σε αντίθεση με άλλους μετανάστες, δεν απαιτείται να έχουν μαζί τους στοιχεία που να δηλώνουν την αμερικανική καταγωγή τους, πλην των χαρακτηριστικών του προσώπου, το χρώμα του δέρματος και την υφή των μαλλιών, που ήδη διαθέτουν. Έτσι, με την εξιστόρηση μιας λογικά

συναφούς ιστορίας με την καταγωγή τους, οι ίδιοι και τα μέλη της οικογένειάς τους συχνά γίνονταν δεκτοί από τις Ην. Πολ., πράγμα το οποίο οδήγησε σε πολυάριθμες περιπτώσεις ψευδών μεταναστών και σε μείωση του αριθμού των υποθέσεων που εγκρίνονταν για μετανάστευση. (McKelvey & Webb, 1995).

Όπως αναφέρουν σε έρευνα τους οι Loughry & Flouri (2001), την περίοδο 1988-1997 περισσότεροι από 150.000 άνθρωποι βρίσκονταν στα κέντρα κράτησης του Βιετνάμ και σε κατασκηνώσεις στο Χόνγκ Κόνγκ και την νοτιοανατολική Ασία. Οι μισοί εξ' αυτών ζήτησαν άσυλο αλλά δεν εγκρίθηκαν ως πρόσφυγες, ενώ πάνω από 3.000 ήταν παιδιά κάτω των 18 χρόνων, τα οποία είχαν ζήσει σε δύσκολες συνθήκες, υπό το βάρος πολυάριθμων ψυχικών τραυμάτων στα κέντρα κράτησης και σε κατασκηνώσεις, χωρίς τους γονείς ή άλλους ενήλικες συγγενείς τους και που θεωρήθηκαν από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) ως ασυνόδευτοι ανήλικοι. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά που ζούσαν χωρίς γονείς σε κατασκήνωση προσφύγων δεν παρουσίαζαν αυξημένα συμπεριφοριστικά και συναισθηματικά προβλήματα στα χρόνια που ακολουθούσαν του επαναπατρισμού τους.

Αντίθετα, η έρευνα του McCallin (1992), έδειξε ότι τα παιδιά από το Βιετνάμ που ζούσαν σε κέντρα κράτησης στο Χονγκ Κονγκ παρουσίασαν κάποια συμπεριφορικά προβλήματα, αλλά και απάθεια, η οποία θα μπορούσε να αποτελεί ένδειξη σοβαρών ψυχολογικών προβλημάτων. Επιπλέον, οι McKelvey & Webb (1995) υποστήριξαν ότι εν συγκρίσει με τους συνοδευόμενους ανήλικους, ο παράγοντας της μη συνοδείας των ανήλικων «Amerasians» λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για να δημιουργηθεί ψυχολογικό στρες, τόσο πριν την αναχώρηση, όσο και για να διατηρηθεί και να αυξηθεί το ήδη υπάρχον, κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης. Τέλος, οι πρόσφυγες από το Βιετνάμ, φαίνεται να διανύουν μία κατάσταση τεσσάρων φάσεων, καθεμία από τις οποίες παρουσιάζει μοναδικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, οι 4 φάσεις είναι: α)η εμπειρία στην πατρίδα τους β) η αναχώρηση από την πατρίδα γ) ο χρόνος σε κατασκηνώσεις προσφύγων ή ανάλογα κέντρα και δ) η προσαρμογή στην νέα χώρα. Συνεπώς, το ψυχολογικό στρες που υφίστανται οι πρόσφυγες μπορεί να πηγάζει και να οφείλεται σε κάθε μία από αυτές τις φάσεις ξεχωριστά ή και σε όλες (Felsman, Leong, Johnson & Felsman, 1990).

1.2. Πρόσφυγες της Κεντρικής Αμερικής.

Η βία στην ιστορία της Κεντρικής Αμερικής ξεκίνησε τη δεκαετία του 1940. Τα τελευταία 10 χρόνια, στο Έλ Σαλβαδόρ, τη Νικαράγουα και τη Γουατεμάλα πάνω από

100.000 άτομα πέθαναν, τραυματίστηκαν, εξαφανίστηκαν, δέχθηκαν απειλές αλλά και βασανισμούς ή με τα παιδιά να είναι συχνά μάρτυρες πράξεων ακραίας βίας. Οι πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις στην Κεντρική Αμερική οδήγησαν στην μετακίνηση 500.000 προσφύγων προς τις Ην. Πολ. και το Λος Άντζελες, εκ των οποίων οι 250.000 ήταν ανήλικοι.

Αναφορικά με την ψυχική υγεία των ανήλικων προσφύγων της Κεντρικής Αμερικής, πέρα από το γεγονός ότι βίωσαν τον πόλεμο, έχουν υποστεί και το τραυματικό γεγονός της εξαναγκαστικής μετανάστευσης, προκειμένου να προστατέψουν τις ζωές τους, πράγμα που τους οδήγησε σε μεγαλύτερο ψυχολογικό κίνδυνο, απ' ότι τους μεταναστεύοντες εθελοντικά (Masser, 1992). Επιπλέον , η σχέση τους με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι περιορισμένη, καθώς τις χρησιμοποιούν ελλιπώς λόγω: α) πολιτισμικής απροθυμίας να αυτό- αποκαλυφθούν β) διαθεσιμότητας εναλλακτικών πόρων, π.χ. η εκτεταμένη οικογένεια γ) μη πρόσβασης λόγω γεωγραφικής τοποθεσίας δ) ψυχοθεραπευτών προσανατολισμένων προς τη μεσαία τάξη ε) διαφορών γλώσσας και στ) κόστους υπηρεσιών φροντίδας ψυχικής υγείας (Sena-Rivera, 1981).

1.3. Πρόσφυγες από την Καμπότζη.

Όπως αναφέρουν οι Sack et al (1994), την περίοδο 1975-1979, το Khmer Rouge και ο ηγέτης του Pol Pot, επιχείρησαν να επαναφέρουν την Καμπότζη σε μία πρωταρχική μορφή Μαρξιστικού κομμουνισμού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 1/4 του πληθυσμού να πεθάνει από εκτελέσεις, λοιμό ή ασθένειες, ενώ τα παιδιά άνω των 6 ετών χωρίστηκαν από τους γονείς τους, τοποθετήθηκαν σε στρατόπεδα εργασίας και πολλά εξ' αυτών ήταν μάρτυρες θηριωδιών και εκτελέσεων των οικογενειών τους. Μερικά διδάχτηκαν την κατασκοπεία με αντάλλαγμα την τροφή, τα περισσότερα υποσιτίζονταν στα στρατόπεδα εργασίας, ενώ εκείνα που κατείχαν μόρφωση διέτρεχαν τον υψηλότερο κίνδυνο και έπρεπε να κρύψουν την ταυτότητά τους για να προστατευτούν.

Όταν οι Βιετναμέζοι κατέλαβαν την Καμπότζη το 1979, χιλιάδες κατευθύνθηκαν κατά μήκος των συνόρων προς την Ταϊλάνδη και περίπου 150.000 από αυτούς κατέφυγαν στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου συγκεντρώθηκαν στο Πόρτλαντ, το Όρεγκον, την Salt Lake City και την Utah» (Mollica, Wyshak & Lavells, 1987). Επιπλέον, όπως αναφέρεται στο United Nations High Commissioner for Refugees (2000), την περίοδο 1975-1995, 16.818 Καμποτζιανοί πρόσφυγες εγκαταστάθηκαν στον Καναδά, με μερικά ή όλα τα παιδιά τους, τα περισσότερα εκ των οποίων είχαν γεννηθεί, είτε σε κατασκηνώσεις προσφύγων, είτε στην

Καμπότζη, προτού η οικογένεια εγκαταλείψει τη χώρα. Στον Καναδά, ο τίτλος του μόνιμου, πλέον, κατοίκου τους εξασφάλισε μία βασική οικονομική υποστήριξη, υγειονομική περίθαλψη, κοινωνικές υπηρεσίες και εκπαίδευση. Ωστόσο, δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν επαρκώς στις προκλήσεις ενός βιομηχανοποιημένου τρόπου ζωής, καθώς οι περισσότεροι ήταν αγρότες ή μικροεπιχειρηματίες, με λίγη ή καθόλου εκπαίδευση και καθόλου γνώση Γαλλικών ή Αγγλικών κατά την άφιξή τους.

Το 1989, οι Kinzie, Sack, Angell, Clarke & Ben παρακολούθησαν 27 ενήλικες από την Καμπότζη που είχαν τραυματιστεί ψυχικά σε σοβαρό βαθμό, σε ηλικία 8 έως 12. Στην ενήλικη ζωή τους ακόμα επικρατούσε σε υψηλά ποσοστά (48%) η μετα-τραυματική διαταραχή στρες και η καταθλιπτική διαταραχή (41%). Συμπεριφορές αποφυγής ήταν παρούσες σε υψηλό βαθμό ακόμα και σε αυτούς χωρίς μετα- τραυματική διαταραχή και γενικά παρά τη λειτουργικότητά τους, εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν συμπτώματα σχετικά με το τραύμα που είχαν υποστεί. Όσον αφορά τους 209 Khmer εφήβους (13-25 ετών), που επιβίωσαν από τον πόλεμο Pol Pot στην Καμπότζη, την περίοδο 1975- 1979 και οι οποίοι αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας των Sack et al (1994), το 1/5 εξ' αυτών διαγνώστηκαν με μετά-τραυματική διαταραχή στρες (PTSD), ενώ παρατηρήθηκε και υψηλή συννοσηρότητα με την καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, οι Mollica, Poole, Son, Murray, & Tor (1997), αναφέρουν πως όταν μέτρησαν την επίδραση του τραύματος από τον πόλεμο στην λειτουργικότητα της υγείας και της ψυχικής υγείας των Καμποτζιανών εφήβων που ζούσαν σε κατασκήνωση προσφύγων στα σύνορα Ταϋλάνδης- Καμπότζης, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες αποκαλύπτουν την σημασία της αρνητικής ψυχοκοινωνικής επίδρασης της βίας πάνω στους εφήβους Καμποτζιανούς πρόσφυγες.

Συνεπώς, η επίδραση του τραύματος του πολέμου στα παιδιά και τους εφήβους, ως μία περίπλοκη κατάσταση, συνίσταται σε μία γενικότερη αναδιοργάνωση της οικογένειας και της κοινωνίας στη βάση μιας μακροχρόνιας τραυματικής εμπειρίας, με τα παιδιά, όχι μόνο εκτίθενται σε ασυνήθιστες πηγές στρες, αλλά να είναι βαθιά επηρεασμένα από την μεταμόρφωση της τραυματισμένης οικογένειας και από τις κοινωνικές αλλαγές (Rousseau, Drapeau & Platt, 1999). Άλλωστε, ο Terr (1991), αναφέρει πως ο χρόνος είναι ένα βασικό κριτήριο στην διαφοροποίηση των τύπων τραύματος, καθώς η αίσθηση ανασφάλειας διαρκεί για εβδομάδες, μήνες και χρόνια, ενώ ακόμα και με το πέρας του πολέμου, ο αντίκτυπος βιώνεται στις γενιές.

Ωστόσο, οι Rousseau, Drapeau & Platt (1999), στην έρευνά τους σχετικά με την επίδραση του τραύματος του πολέμου στην κοινωνική προσαρμογή και ψυχική λειτουργικότητα των νεαρών προσφύγων από την Καμπότζη, διαπίστωσαν ότι το τραύμα που έχει υποστεί μία οικογένεια προτού εγκαταλείψει την πατρίδα της και πριν τη γέννηση του εφήβου, φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά για τον έφηβο, όσον αφορά τα εξωτερικευμένα συμπτώματα, την συμπεριφορά κινδύνου, την σχολική αποτυχία και την κοινωνική προσαρμογή, αντιδράσεις που μπορούν να ερμηνευθούν ως υπεραντιστάθμιση των παιδιών των επιζώντων από μία σφαγή, προς τα οποία έχει υπονοηθεί και μεταβιβαστεί το χρέος να επιτύχουν. Επιπλέον, οι Rousseau, Drapeau & Rahimi (2003) επιχειρώντας να καταγράψουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των νεαρών προσφύγων κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους και την σύνδεσή της με το τραύμα πολέμου που βίωσε η οικογένεια πριν την μετανάστευση, παρατήρησαν πως οι έφηβοι των οποίων οι οικογένειες ήταν περισσότερο εκτεθειμένες σε πολιτική βία, έτειναν να αναφέρουν μία πιο θετική κοινωνική προσαρμογή και λιγότερα συμπτώματα ψυχικής υγείας από τους λιγότερο εκτεθειμένους. Έτσι, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι υψηλές προσδοκίες των Καμποτζιανών γονέων για τα παιδιά τους και η διατήρηση των παραδοσιακών αξιών (παρόλο που το Khmer Rouge επιχείρησε να τις εξαλείψει), ίσως να εξηγεί την παράδοξη σύνδεση μεταξύ της έκθεσης της οικογένειας σε πολιτική βία και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην χώρα υποδοχής.

1.4. Πρόσφυγες από τη Χιλή.

Η ιστορική παράδοση της Χιλής, αναφορικά με τη δημοκρατία και το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, διεκόπη από το στρατιωτικό πραξικόπημα του 1973. Πολλοί αριστεροί ακτιβιστές σκοτώθηκαν ή εξαφανίστηκαν, τα βασανιστήρια και οι εξορίες ήταν ευρέως διαδεδομένα, ενώ το 1980 η κατάσταση άλλαξε μερικώς, καθώς ο αριθμός των πολιτικών κρατούμενων και των θανάτων μειώθηκε. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ένας διαφορετικός τρόπος καταστολής της αντιπολίτευσης, όπου στην κορυφή της πυραμίδας της τρομοκρατίας βρίσκονταν ο βασανισμός και η κακοποίηση, κατά τη διάρκεια σύντομων κρατήσεων στη φυλακή και στα σπίτια των πολιτικών ακτιβιστών, οι επιδρομές σε περιοχές εργατικής τάξης και οι ανώνυμες απειλές. Το 1990 υπήρξε η ελπίδα ότι η κυριαρχία του τρόμου θα καταργούταν σύντομα, καθώς ο δικτάτορας Augusto Pinochet ηττήθηκε στις δημοκρατικές εκλογές του Δεκεμβρίου του 1989.

Όσον αφορά τα παιδιά, συχνά αποτελούσαν θύματα ή μάρτυρες της κακοποίησης εναντίον των γονέων τους. Ο Οργανισμός για την προστασία των παιδιών κατά τη διάρκεια

καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (PIDEE) στο Σαντιάγκο της Χιλής, το 1987, κατέγραψε 35 υποθέσεις παιδιών, κάτω των 15 ετών, που είχαν συλληφθεί και 57 παιδιά θύματα καταδίωξης στα σπίτια τους ή στους δρόμους, ενώ δεδομένου ότι πολλές από τις περιπτώσεις δεν αναφέρθηκαν, ο πραγματικός αριθμός στην πραγματικότητα ήταν μεγαλύτερος. Σε δείγμα παιδιών προσφύγων από τη Χιλή, 36 από αυτά είχαν βιώσει τον διωγμό, 7 είχαν κακοποιηθεί σωματικά , ενώ διαταραχές ύπνου και εξάρτησης αποτέλεσαν συμπεριφορές άρρηκτα συνδεδεμένες με τον διωγμό που είχαν υποστεί (Hjern, Angel & Hojer, 1991).

1.5. Πρόσφυγες στον Καναδά.

Όπως αναφέρουν οι Wouk, Yu, Roach, Thomson & Harris (2006) ο Καναδάς παρέχει προστασία σε χιλιάδες πρόσφυγες, μέσω της ανάπτυξης ενός συστήματος προστασίας αυτών, μέσω προγραμμάτων που σχετίζονται με τους ασυνόδευτους ανήλικες πρόσφυγες, τόσο σε συμφωνία με την Immigration and Refugee Protection Act (IRPA) του 2002, όσο και σύμφωνα με το καναδικό σύνταγμα, που συμπεριλαμβάνει τα κεφάλαια των Δικαιωμάτων και Ελευθεριών, τον νόμο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και άλλες εγχώριες νομοθεσίες. Επιπλέον, έχει υπογράψει την Σύμβαση σχετικά με το Προσφυγικό Καθεστώς του 1951, τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, ενώ το σύστημα του περί προστασίας των προσφύγων αποτελείται από δύο συνιστώσες: α) την In- Canada Refugee Protection Process, για τα άτομα που αιτούνται προστασία εντός του Καναδά και β) την Refugee and Humanitarian Resettlement Program, για τα άτομα που αιτούνται προστασίας εκτός του Καναδά.

Ένας ασυνόδευτος ανήλικος δεν μπορεί να προσθέσει στην αίτησή του για άσυλο κανένα άλλο μέλος της οικογένειάς του, παρά την αξία που δίνει το καναδικό σύστημα στην επανένωση της οικογένειας και την επακόλουθη υγιή ψυχική υγεία του παιδιού, απαγόρευση την οποία η κυβέρνηση του Καναδά δικαιολογεί ως μία προσπάθεια να αποτρέψει τις οικογένειες να χρησιμοποιήσουν τα ανήλικα παιδιά τους ως μέσο δημιουργίας της βάσης τους στη χώρα. Έτσι, οι ανήλικοι πρόσφυγες, μην μπορώντας να υιοθετηθούν ούτε από τους καναδούς πολίτες που προτίθενται να αναλάβουν την ευθύνη της φροντίδας τους, παραμένουν εκτεθειμένοι και απροστάτευτοι απέναντι στους κινδύνους, ενώ τα αιτήματα και το καλό τους δεν επιτυγχάνονται (Grover, 2006).

Την περίοδο 1868-1925, 80.000 ασυνόδευτοι Βρετανοί νέοι έφτασαν στον Καναδά, ενώ στις αρχές του 1940 ειδικά προγράμματα τέθηκαν σε εφαρμογή για να προετοιμάσουν

για την άφιξη των νεαρών προσφύγων (Montgomery, Rousseau & Shermarke, 2001). Το 1956, η Ρωσική εισβολή στην Ουγγαρία, οδήγησε σε ένα νέο κύμα ασυνόδευτων ανηλίκων, οι οποίοι έλαβαν φροντίδα από το Children's Aid Societies και την περίοδο 1978-1983 περίπου 900 ασυνόδευτοι ανήλικοι, γνωστοί ως «boat children» από το Βιετνάμ, το Λάος, και την Καμπότζη έφθασαν στον Καναδά (Adelman & Lanphier, 1984). Το 1999, 368 ασυνόδευτοι ανήλικοι (κάτω των 17 ετών) έφτασαν στον Καναδά, ενώ το 2002 ο αριθμός τους αυξήθηκε σε 1.830 (Grover, 2006).

Επιπλέον, τα έτη 1999 και 2000, υπήρχαν 33.576 ασυνόδευτοι ανήλικοι στον Καναδά με τους 12.937 εξ' αυτών ασιατικής καταγωγής. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, κάποιες πρώιμες έρευνες έδειξαν ότι 30.000 - 40.000 (ηλικίας 8-18) προέρχονταν από την Ταιβάν και ζούσαν στις Ην. Πολ., ενώ περίπου 10.000 υπολογίζονταν ότι ζούσαν στην Δυτική Ακτή μόνοι τους (Forden, 1990. Hwang & Watanabe, 1990. Kuo, 1991. Kuo & Roysircar, 2006). Συγκεκριμένα, η μαζική αναχώρηση νέων μαθητών από τις ανατολικές ασιατικές χώρες ξεκίνησε την δεκαετία του 1980 ως επακόλουθο α) της κοινωνικοπολιτικής και οικονομικής αστάθειας χωρών της Ασίας, 2) των ανταγωνιστικών ακαδημαϊκών συστημάτων 3) της επιθυμίας των γονέων να μεταναστεύσουν σε μία χώρα όπου τα παιδιά τους θα λάμβαναν εκπαίδευση. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί και η διακοπή των διπλωματικών σχέσεων μεταξύ Ταιβάν και Ην. Πολ. και η επιστροφή του Χονγκ Κονγκ στην Κίνα, το 1997, που πυροδότησε την επιθυμία πολλών κινέζων γονέων να στείλουν τα παιδιά τους στο εξωτερικό (Chen, 1997. Cheng, 1994. Lin, 1998. Ying, 2001).

1.6. Ευρωπαϊκή Ένωση.

Κάθε χρόνο, ένας σημαντικός αριθμός ασυνόδευτων ανηλίκων από τις τρίτες χώρες αιτούνται ασύλου σε μία ευρωπαϊκή χώρα, ενώ ανάμεσα τους υπάρχουν θύματα βασανισμών, δουλεμπορίου και σεξουαλικής εκμετάλλευσης.

Το 2015, 88.300 άτομα αιτούντες άσυλο που αναζήτησαν διεθνή προστασία από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεωρήθηκαν να είναι ασυνόδευτοι ανήλικοι. Η πλειοψηφία αυτών (91%) ήταν αγόρια με τα μισά εξ' αυτών ηλικίας 16-17 ετών και τα υπόλοιπα κάτω των 15 ετών. Οι περισσότεροι από τους ασυνόδευτους ανήλικους αιτούντες άσυλο καταγράφηκαν στην Ιταλία και στη Σουηδία και ακολούθησαν το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ολλανδία, η Δανία, η Φιλανδία και η Βουλγαρία. Όσον αφορά την καταγωγή τους, οι μισοί

ήταν από το Αφγανιστάν (51%) και οι υπόλοιποι από τη Συρία, την Ερυθραία, το Ιράκ, τη Σομαλία, την Γκάμπια και άλλες χώρες (Eurostat, 2016).

Όσον αφορά το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο των πολιτικών ασύλου, οι οργανισμοί για τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως ο UN Convention on the Rights of the Child (άρθρα 3 και 20) και ο Charter of Fundamental Rights (άρθρο 24) υποχρεώνουν τις ευρωπαϊκές χώρες να παρέχουν φροντίδα στα παιδιά αυτά, να εξασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους, αλλά και να προωθείται το συμφέρον τους, καθώς αποτελούν μία ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα και έχουν ανάγκη από προσαρμοσμένη βοήθεια. Συγκεκριμένα, δικαιούνται κηδεμόνα/φροντιστή, πρόσβαση στην εκπαίδευση, αλλά και υγειονομική περίθαλψη, ενώ οι πολιτείες θα πρέπει να εγγυηθούν την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες αποκατάστασης της ψυχικής υγείας και συμβουλευτικής για αυτούς που υπήρξαν θύματα κακοποίησης, παραμέλησης, εκμετάλλευσης, βασανισμού ή απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης ή που έχουν υποφέρει από ένοπλες διαμάχες. Ωστόσο, το γεγονός ότι πρόκειται για ανήλικους με υψηλή ευαλωτότητα, δεν εγγυάται τη διεθνή προστασία σε περίπτωση που δεν έχουν τα απαιτούμενα «προσόντα», οπότε και θα πρέπει να επιστρέψουν στην πατρίδα τους, με την προϋπόθεση να είναι ασφαλή (Roscam-Abbing, 2011).

1.7. Πρόσφυγες στη Σουηδία.

Οι Ιρανοί αποτελούν μία βασική ομάδα προσφύγων στη Σουηδία. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (Statens Invandrarverk, Swedish National Board of Immigration, 1991), οι περισσότεροι εγκαταστάθηκαν εκεί τα έτη 1987 και 1988, όταν ο πόλεμος στην πατρίδα τους κορυφώθηκε, λόγω των πολιτικών καταδιώξεων που ακολούθησαν μετά την Ιρανή Μουσουλμανική επανάσταση του 1979 και τον πόλεμο Ιράν – Ιράκ το 1980-1988. Την περίοδο 1978-1991 καταγράφηκαν στη Σουηδία 23.285 Ιρανοί με τη νόμιμη ιδιότητα του πρόσφυγα, ενώ ο συνολικός αριθμός των Ιρανών προσφύγων εκτιμάται στα 3 με 4 εκατομμύρια (Kamyab & Wallin, 1988).

Το 1/3 των ανήλικων προσφύγων ήταν Ρομά, κυρίως από το Κόσσοβο αλλά και την Σερβία. Περισσότερα από τα μισά παιδιά ήταν μουσουλμάνοι από το Καζακστάν, το Κιργιστάν (ανατολικά) ή το Αζερμπαϊτζάν (δυτικά), ενώ υπήρχαν και μερικοί μουσουλμάνοι από την Αρμενία. Οι περισσότεροι από τους Ρομά εγκαταστάθηκαν στην νοτιοδυτική Σουηδία και οι Αζερμπαϊτζανοί πολύ νοτιότερα, ενώ το 45% των παιδιών βρίσκονταν στην Στοκχόλμη. Όσον αφορά την κοινωνική τάξη, εκτός από τους Ρομά που ανήκουν σε

συγκεκριμένη τάξη, οι υπόλοιποι ανήκαν στην κατώτερη ή μεσαία κοινωνική τάξη, ενώ κανένας δεν φαινόταν να έχει υπάρξει χωρικός ή νομάς. Το 2002, για μία καλύτερη απεικόνιση διακρίνονται κάπως αυθαίρετα 3 περιοχές: η κεντρική Ασία, ο Καύκασος και τα ανατολικά Βαλκάνια. Από το 1999 έως το 2004 ο αριθμός παιδιών από την κεντρική Ασία έφτασε τα 166, από τα ανατολικά Βαλκάνια τα 1.656 και από τον Καύκασο τα 613. Το 2006 συμφωνήθηκε το άσυλο (Hacking, 2010).

Αναφορικά με την ψυχική υγεία των ανήλικων προσφύγων, οι Almqvist & Brandell-Forsberg, (1997), σε έρευνά τους με 50 παιδιά προσχολικής ηλικίας από το Ιράν που ζούσαν ως πρόσφυγες στη Σουηδία, παρατήρησαν πως το ποσοστό έκθεσής τους σε τραυματικές εμπειρίες, κατά τη διάρκεια πολέμου και των πολιτικών αναταραχών, ήταν υψηλά συσχετιζόμενο με την επικράτηση της μετατραυματικής διαταραχής στρες, η οποία διατηρούνταν σε υψηλά επίπεδα (ακόμα και σε επανεξέταση 2,5 χρόνια αργότερα) και πως το 23% από αυτά τα παιδιά με τραυματικές εμπειρίες συμπλήρωναν όλα τα κριτήρια της μετατραυματικής διαταραχής. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Hacking (2010), μεταξύ του 2001-2006, παρατηρήθηκε ότι αρκετά παιδιά προσφυγικών οικογενειών, που αιτήθηκαν άσυλο στη Σουηδία, εκδήλωσαν απόσυρση από την καθημερινή τους ζωή και μάλιστα πολλά από αυτά, μιμούμενοι άλλους αρρώστους, έφτασαν να εσωτερικεύσουν τη μίμηση σε τέτοιο βαθμό, που έγινε αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοφυσιολογικής και κοινωνικής ιδιοσυγκρασίας τους. Αρκετοί νόμισαν ότι τα παιδιά προσποιούνταν, ή ότι οι γονείς τους τούς έδιναν ουσίες, ενώ το 2005 πάνω από 400 από αυτά ήταν άρρωστα, με την εθνική επιτροπή να υποστηρίζει χαμηλότερο αριθμό. Συνήθως επρόκειτο για το μεγαλύτερο παιδί στην οικογένεια 6-7, ή 8-12 ετών, τόσο αγόρια όσο και κορίτσια και περίπου μισά από τα παιδιά αρρώστησαν πριν γίνει οποιαδήποτε εφαρμογή ασύλου.

1.8. Πρόσφυγες στην Αγγλία.

Ο Wade (2011) στην έρευνά του για τους ασυνόδευτους ανήλικους της Αγγλίας, αναφέρει πως το 2008 υπήρχαν στη χώρα 4.285 ασυνόδευτοι ανήλικοι με το ποσοστό του 71% εξ' αυτών να είναι ηλικίας 14-17 χρόνων, ενώ παράλληλα αποτελούν το 6% των νέων που απασχολούν τη δημόσια υγεία της Αγγλίας. Ωστόσο, μόνο ένα μικρό ποσοστό (17%) λαμβάνει φροντίδα στο Λονδίνο, ελάχιστοι εξασφαλίζουν το καθεστώς του πρόσφυγα (8%) και σε ποσοστό 53% εξ' αυτών τους παρέχεται η άδεια να μείνουν στη χώρα μέχρι την ηλικία των 17.5 χρόνων. Συχνά, πολλοί ασυνόδευτοι ανήλικοι εμφανίζονται στις υπηρεσίες φροντίδας σε επείγουσα κατάσταση και ζητούν διαμονή μιας μέρας, ενώ οι μεγαλύτεροι (16-

17 ετών) έχουν ήδη προσφύγει σε συγγενείς, φίλους ή γνωστούς. Στην επείγουσα κατάσταση συνήθως οι ανήλικοι τοποθετούνται είτε σε ξενοδοχεία, είτε σε ανάδοχες κατοικίες και ύστερα μεταφέρονται σε ανάδοχες μακροχρόνιες κατοικίες ή καταφεύγουν στη λύση της ημιανεξάρτητης διαβίωσης (Stanley, 2001).

Σε περίπτωση που κάποιος νέος ισχυριστεί πως είναι ανήλικος, αλλά κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιωθεί και δεν εγκριθεί από το United Kingdom Border Agency (UKBA), τότε αντιμετωπίζεται ως ενήλικας, έως ότου να βρεθούν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την ηλικία του (Crawley, 2007) οπότε και του αναγνωρίζονται τα ίδια δικαιώματα και του παρέχονται υπηρεσίες υγείας όμοιες με αυτές που λαμβάνουν και οι υπόλοιποι ανήλικοι γηγενείς. Σύμφωνα με τις διατάξεις της Πράξης για τα Παιδιά, του 1989, καθώς δεν έχουν γονείς ή κάποιον φροντιστή, αντιμετωπίζονται ως «παιδιά σε ανάγκη» και εκτιμώνται πλήρως οι ανάγκες τους για διαμονή και φροντίδα από τις τοπικές αρχές (Department of Health, 2003), γεγονός που όχι μόνο τους παρέχει την προστασία από νομοθετικές ρυθμίσεις, αλλά και τους βοηθά στην πιο ομαλή μετάβαση στην ενηλικίωση (Dorling, 2009).

1.9. Πρόσφυγες στην Ελλάδα.

Το 2015, περισσότεροι από 910.000 πρόσφυγες κατέφθασαν στην Ελλάδα, μεταξύ των οποίων χιλιάδες ασυνόδευτοι ανήλικοι (βρέφη, παιδιά, έφηβοι) κατέληγαν συχνά να ταξιδεύουν χωρίς γονέα ή κάποιο φροντιστή. Συγκεκριμένα, το 2015, 2.248 παιδιά καταγράφηκαν επισήμως στην Ελλάδα, ενώ την ίδια στιγμή 18.089 παιδιά καταγράφηκαν να εισέρχονται στα Σκόπια και τον Ιανουάριο του 2016 έφτασαν στην Ελλάδα 336 ασυνόδευτοι ανήλικοι (πενταπλάσιος αριθμός από τον αντίστοιχο του Ιανουαρίου του 2015). Οι κυριότερες χώρες προέλευσης ήταν το Αφγανιστάν, η Συρία και το Πακιστάν, ενώ ακολουθούν η Αίγυπτος και το Ιράκ (Giving for Greece, 2016).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ), το πρώτο τρίμηνο του 2016 καταγράφηκαν 1.210 αιτήματα ασύλου ασυνόδευτων ανηλίκων, αριθμός τετραπλάσιος από τα αντίστοιχα 328 του α’ τριμήνου του 2015 και το ποσοστό αυτών που τοποθετήθηκαν ανήλθε στο 90.1% (από το 100% το 2015). Από αυτούς τους 1.210 ανήλικους, 1.156 ήταν αγόρια και 54 κορίτσια, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 15 έτη. Επιπλέον, στο σύνολο των ανηλίκων, περίπου το 97% ήταν άνω των 12 ετών, ενώ περίπου 3% ήταν έως 12 ετών (ΕΚΚΑ, 2016).

Πολλοί από αυτούς τους ανήλικους έχοντας χάσει τους γονείς τους καταφεύγουν στην Ελλάδα, προκειμένου να σωθούν από την εμπόλεμη κατάσταση της χώρας τους, είτε φεύγουν από την πατρίδα τους, με την άδεια των γονέων τους, ως προπομποί ενός καλύτερου μέλλοντος, προκειμένου να αναζητήσουν καλύτερες συνθήκες ζωής και ευκαιριών. Συχνά, απειλούνται από κυκλώματα παράνομης διακίνησης και εμπορίας ανθρώπινων οργάνων τα οποία παραμονεύουν στο μεταναστευτικό τους ταξίδι και για το λόγο αυτό απαιτείται τόσο ένα δίκτυο υποστήριξης και πρόνοιας, όσο και υπηρεσίες προώθησης της επανένωσής τους με τυχόν υπάρχοντες συγγενείς τους στην κεντρική Ευρώπη. Στην Ελλάδα, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που πραγματοποιούν σημαντικό έργο αναφορικά με το θέμα των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων, παρέχοντάς τους ιατρική περίθαλψη και φάρμακα, ψυχολογική υποστήριξη και διαμονή, είναι η ΑΡΣΙΣ, οι ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ, η ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ, η ΜΕΤΑΔΡΑΣΗ και η PRAKSIS (Giving for Greece, 2016).

1.10. Πρόσφυγες από την Αφρική.

Όπως αναφέρουν οι Tanon & Sow, (2013) στην έρευνα τους για τους ασυνόδευτους ανήλικους και νέους μετανάστες από την Αφρική, και συγκεκριμένα από την Μαυριτανία, που κατευθύνονται προς τη Γαλλία, αυτοί που καταγράφονται ως μετανάστες είναι πολύ λιγότεροι από όσους στην πραγματικότητα μεταναστεύουν. Το 2008, το Γαλλικό Γραφείο Προστασίας Προσφύγων και Απατρίδων (OFPRA) κατέγραψε πως το 67% των ασυνόδευτων ανηλίκων που αιτούνται άσυλο στη Γαλλία, προέρχονται από την Αφρική, και συγκεκριμένα από το Μάλι, το RDC και το Κόνακρι της Γουινέας και πως ακολουθούν οι αιτούντες άσυλο από την Μαυριτανία, ανερχόμενοι τους 1.184 σε αριθμό (OFPRA, 2009).

Επιπλέον, η διεθνής μη κυβερνητική οργάνωση των παιδιών στη Γαλλία (DEI-France) αναφέρει στην έκθεσή της, το 2008, ως χώρες προέλευσης των αφρικανών ασυνόδευτων ανηλίκων την Τυνησία, την Αλγερία και το Μαρόκο (στη Νότια Αφρική), καθώς και τη Γουινέα και τη Σομαλία (στην υπο-σαχάρια περιοχή), ενώ δεν αναφέρεται η Μαυριτανία. Τέλος, αναφέρουν πως πρόκειται μόνο για τους ανήλικους που καταφθάνουν στο αεροδρόμιο Charles De Gaule στη Γαλλία, παρόλο που οι περισσότεροι ανήλικοι προτιμούν να φτάσουν στη Γαλλία μέσω ξηράς, αφότου έχουν διασχίσει θαλάσσια την νότια ευρωπαϊκή ακτή (DEI-France, 2008).

Τέλος, σύμφωνα με τον Schreier (2011), όλο και περισσότερο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών που ξεκινούν από την Σομαλία, τη λαϊκή δημοκρατία του Κονγκό και τη

Ζιμπάμπουε και διασχίζουν τα σύνορα της νότιας Αφρικής χωρίς γονείς, συγγενείς ή φροντιστές, ενώ μερικά εγκαταλείπονται από τους φροντιστές ή από την οικογένειά τους μόλις φτάσουν στη νότια Αφρική. Συχνά εισέρχονται λαθραία στη χώρα και είναι ευάλωτα στη βία και την εκμετάλλευση, καθώς δεν έχουν καμία κοινωνική ή οικονομική προστασία.

Αναφορικά με τα κίνητρα για μετανάστευση, το βασικότερο όσων ζητούν άσυλο σχετίζεται με την πολιτική βία στη Μαυριτανία, όπου το στρατιωτικό καθεστώς ανέτρεψε τον δημοκρατικά εκλεγμένο πρόεδρο και εγκαθίδρυσε στρατιωτική δικτατορία, τον Αύγουστο του 2008 (El Yessa, 2009. Parker, 1991). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Tanon & Sow (2013), η ανάγκη των νέων να ενισχύσουν το κοινωνικό και οικονομικό τους κύρος, τους οδήγησε να μεταναστεύσουν στη Γαλλία, ενώ ελάχιστοι ανέφεραν ως λόγο μετανάστευσης τη ζωή δίπλα στη θάλασσα (και αυτοί στην πατρίδα τους ήταν άνθρωποι που απασχολούνταν με το ψάρεμα ως μοναδική οικονομική δραστηριότητα). Τέλος, οι μισοί ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν πως να αποκτήσουν κάρτα visa, ενώ άλλοι επικαλέστηκαν την τρομερή δυσκολία ή και την αδυναμία απόκτησής της, προκειμένου να δικαιολογήσουν την παράνομη μετανάστευσή τους.

Ένα μείζον θέμα είναι και αυτό των δικαιωμάτων των ανηλίκων. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις τοπικές African Charter on the Rights and Welfare of the Child (ACRWC) αλλά και τις διεθνείς United Nations Convention on the rights of the child (UNCRC) νομοθεσίες για τα δικαιώματα των παιδιών, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι έχουν συγκεκριμένες ανάγκες φροντίδας και εκπαίδευσης, αλλά και δικαιώματα προστασίας, όπως οι πρόσφυγες. Ωστόσο, αν και η Νότια Αφρική διαθέτει ένα σχετικά ανεπτυγμένο νομικό και πολιτικό πλαίσιο για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών, υπάρχουν αρκετά κενά στην εφαρμογή αυτών των πλαισίων για την προστασία των ασυνόδευτων ανήλικων (Schreier, 2011).

Αυτή η έλλειψη επαρκούς προστασίας των ασυνόδευτων ανηλίκων παρατηρήθηκε όταν πολλοί Αφρικανοί ασυνόδευτοι ανήλικοι (15-17 ετών) που μετανάστευσαν στην Αγγλία, υπέστησαν σεξουαλική κακοποίηση, σύμφωνα με τους Lay & Papadopoulos (2009), ενώ οι σεξουαλικές παρενοχλήσεις και βιασμοί πραγματοποιήθηκαν τους πρώτους 12 μήνες από την άφιξη. Οι δράστες ήταν ομοεθνείς πρόσφυγες από την Αφρική, αλλά και από την Ασία, την Ευρώπη, την Καραϊβική και τις Αραβικές χώρες ή αποτελούσαν ομάδες δύο ή περισσότερων νέων ανδρών (20-30 ετών).

Οι παράγοντες που, σύμφωνα με τα θύματα, οδήγησαν σε μεγαλύτερη ευαλωτότητα και συνετέλεσαν στη σεξουαλική κακοποίησή τους ήταν ότι δεν υπήρχε προστασία, η

φτώχεια και η ανάγκη για επιβίωση τις ωθούσε να δέχονται τα ανταλλάγματα για τις σεξουαλικές «χάρες», το στίγμα του βιασμού και η γλώσσα τις δυσκόλευαν να αναφέρουν το περιστατικό, αλλά και η «εθνική τους πίστη» να μην δυσφημίσουν τους συμπατριώτες τους για σεξουαλική κακοποίηση σε συνδυασμό με την αποτυχία των κοινωνικών λειτουργών να τις προστατεύσουν και να τηρήσουν το απόρρητο οδηγούσαν σε περαιτέρω θυματοποίησή τους.

Όσον αφορά τη νομοθεσία, η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού διασφαλίζει ότι τα παιδιά των χωρών (που την έχουν υπογράψει) προστατεύονται από σεξουαλική παρενόχληση και εκμετάλλευση (Άρθρο 34). Το Άρθρο 22 αναφέρει ότι τα παιδιά μετανάστες έχουν δικαίωμα προστασίας όμοιο με τα γηγενή παιδιά, όπου κι αν βρίσκονται και ανεξάρτητα από τις καταστάσεις, ενώ όλα τα παιδιά στο Ηνωμένο Βασίλειο προστατεύονται τόσο από το Children Act (1989) όσο και από το Children (Leaving Care) Act (2000). Επιπλέον, με σκοπό να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί η σεξουαλική κακοποίηση δημιουργήθηκε το μοντέλο SAFER UK και μοιράστηκαν φυλλάδια σε 8 διαφορετικές γλώσσες για τους ασυνόδευτους ανήλικους ηλικίας 11 χρονών, προκειμένου να ενημερωθούν για τη σεξουαλική κακοποίηση. Οι συμμετέχοντες του SAFER UK προέρχονταν από την Αιθιοπία, Ερυθραία και Σομαλία, μερικές από τις πιο φτωχές χώρες του κόσμου με ιστορία καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων, υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, φτώχεια, ανισότητες φύλου, βία, υψηλά ποσοστά μόλυνσης από HIV, υψηλά ποσοστά ακρωτηριασμού γυναικείων οργάνων και πρώιμο γάμο μέσω απαγωγής και βιασμού κοριτσιών. Ένα αισιόδοξο στοιχείο είναι πως αυτοί που είχαν ενημερωθεί για τον κίνδυνο της σεξουαλικής κακοποίησης, ήταν πιο πιθανό να την αναφέρουν και να ζητήσουν βοήθεια (Lay & Papadopoulos, 2009).

1.11. Τα «χαμένα» αγόρια του Σουδάν.

Ο εμφύλιος πόλεμος την περίοδο 1983-2005 στο Σουδάν, ανάγκασε πολλά παιδιά να εγκαταλείψουν την πατρίδα τους, καθώς οι γονείς και οι συγγενείς τους συχνά σκοτώνονταν, ενώ πολλά από αυτά ανέφεραν ότι ήταν μάρτυρες φρικαλεοτήτων, όπως το να βλέπουν μέλη της οικογένειάς τους να μαχαιρώνονται ή να ακρωτηριάζονται. Αναζητώντας καταφύγιο στην Αιθιοπία, υπολογίζεται ότι 25.000 παιδιά διένυσαν εκατοντάδες μίλια στην έρημο και στη σαβάνα, ενώ στη διαδρομή πολλά τραυματίζονταν ή πέθαναν, εξαιτίας των άγριων ζώων. Το 1991 η κυβέρνηση της Αιθιοπίας απέλασε τους πρόσφυγες του Σουδάν και πολλά παιδιά κατέφυγαν στην Κένυα, όπου αντιμετώπισαν επιθέσεις από στρατιώτες και ελικόπτερα. Σ’

αυτές τις μεταναστεύσεις, διασχίζοντας ποταμούς συχνά πνιγόντουσαν, ή αποτελούσαν τροφή για τα άγρια ζώα. Όταν, τελικά, έφταναν στην Κένυα, χιλιάδες εγκαταστάθηκαν στην κατασκήνωση Kakuma για την περίοδο 1992-2000, σε μικρές ομάδες όπου μοιραζόντουσαν καταφύγιο και αγαθά, είτε σε ανάδοχες οικογένειες. Οι περισσότεροι λάμβαναν περιορισμένη εκπαίδευση και άλλη βοήθεια από τους εθελοντές, όμως η βία, η πείνα και οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης αποτελούσαν σημαντικά προβλήματα (Geltman, Grant-Knight, Ellis & Landgraf, 2008).

Όπως αναφέρουν οι Geltman, Grant-Knight, Ellis & Landgraf (2008), σε έρευνά τους με 304 ανηλίκους πρόσφυγες από το Σουδάν, που λάμβαναν ανάδοχη φροντίδα από το U.S. Unaccompanied Refugee Minors Program (URMP), τα «χαμένα αγόρια» του Σουδάν αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα ασυνόδευτων ανηλίκων που έχουν επανεγκατασταθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι Luster, Qin, Bates, Rana & Lee (2010), σε έρευνά τους αναφορικά με την προσαρμογή των ανήλικων προσφύγων από το Σουδάν, αναφέρουν πως τα παιδιά αυτά αναλαμβάνονται από ανάδοχες οικογένειες στις Ην. Πολ. και λαμβάνουν βοήθεια μέχρι την ηλικία των 21-23 ετών, ενώ σύμφωνα με τους Geltman, Grant-Knight, Ellis & Landgraf (2008) το 2000 και το 2008 τα περισσότερα ζούσαν σε προγράμματα ανάδοχης φροντίδας με οικογένειες Αμερικάνων, σε ομαδικά σπίτια με άλλους συμπατριώτες τους ή με ενήλικους συγγενείς τους από το Σουδάν.

Παρόλο που οι ανήλικοι αυτοί πρόσφυγες είχαν να αντιμετωπίσουν επιπρόσθετους κινδύνους και δυσκολίες κατά την εγκατάστασή τους στις Ην. Πολ., όπως η περιορισμένη γνώση της γλώσσας, η έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης, η παρενόχληση από τους συνομηλίκους, οι πολιτισμικές παρεξηγήσεις και οι οικονομικοί περιορισμοί, μερικοί θεωρείται ότι προσαρμόστηκαν καλύτερα από άλλους, υπό το κριτήριο της επίτευξης των (σύμφωνα με την ηλικία) αναπτυξιακών καθηκόντων τους (Luster, Qin, Bates, Rana & Lee, 2010). Ωστόσο, όπως υποστηρίζουν οι Geltman, Grant-Knight, Ellis & Landgraf (2008), οι ανήλικοι πρόσφυγες του Σουδάν που ζουν στην Ουγκάντα έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά τραυματικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και συμπεριφορικών προβλημάτων, σε σύγκριση με τα παιδιά από την Ουγκάντα.

Έχοντας αναφέρει, λοιπόν, στατιστικά στοιχεία ενδεικτικών χωρών προέλευσης και υποδοχής των ανήλικων προσφύγων, στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει μία παρουσίαση των βασικών προβλημάτων ψυχικής υγείας που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι ανήλικοι

πρόσφυγες και της αιτιολογίας τους, ενώ θα αναφερθούν και ενδεικτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί και που τεκμηριώνουν τα δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΥΝΟΔΕΥΤΩΝ ΑΝΗΛΙΚΩΝ.

2.1. Διαταραχή ψυχικής υγείας.

Ως διαταραχή ψυχικής υγείας ορίζεται «η παρουσία ψυχολογικής δυσφορίας: μία βλάβη στην ψυχολογική, κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία, ή άλλη διαταραχή που συνδέεται με ένα αυξημένο κίνδυνο να υποστεί κάποιος θάνατο, πόνο, ανικανότητα ή απώλεια ελευθερίας» (Crowley,2009).

2.2. Μετα-τραυματική διαταραχή στρες (PTSD) – Κατάθλιψη – Στρες (Άγχος).

Οι Eth και Pynoos (1985) όρισαν έναν τραυματικό στρεσογόνο παράγοντα ως ένα «δυσβάσταχτο γεγονός, που έχει ως αποτέλεσμα το αίσθημα αβοήθητου το οποίο προσωποποιείται πάνω σε έναν αβάσταχτο κίνδυνο, άγχος και ενστικτώδη διέγερση».

Μία από τις μεταβλητές που λαμβάνει χώρα έπειτα από έκθεση σε ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός ή κατάσταση και που μελετήθηκε από τον Crowley (2009) είναι η μετα-τραυματική διαταραχή στρες (PTSD), η οποία παρουσιάζει 3 κύρια συμπτώματα:

- επαναλαμβανόμενη αναβίωση του τραύματος (μέσω παρεμβαλλόμενων εικόνων ή εφιαλτών)
- υπερδιέγερση (υπερβολική εγρήγορση, μειωμένος ύπνος, θυμός, άσχημη συμπεριφορά και κακή διαγωγή)
- επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα, ή «νάρκωση» της γενικής απόκρισης.

Όπως αναφέρουν οι McCloskey & Southwick (1996), τα συμπτώματα της PTSD των ανήλικων παιδιών παρόλο που ίσως να είναι απενεργοποιημένα, ωστόσο επιμένουν και συχνά δεν γίνονται αντιληπτά από τους ενήλικους φροντιστές. Τα ψυχολογικά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα τραύματος λόγω πολέμου, μετανάστευσης και χρόνιας φτώχειας, θέτουν τα παιδιά πρόσφυγες σε μεγαλύτερο κίνδυνο.

Το 1997, οι Almqvist & Brandell-Forsberg μελέτησαν την PTSD σε 50 παιδιά πρόσφυγες προσχολικής ηλικίας στη Σουηδία, που είχαν εκτεθεί σε διαφορετικό ποσοστό σε οργανωμένη βία, στην πατρίδα τους, το Ιράν. Τα παιδιά χωρίστηκαν σε 3 διαφορετικές ομάδες: α) παιδιά που δεν είχαν εκτεθεί προσωπικά στην οργανωμένη βία (16%), β) παιδιά

που εκτέθηκαν σε οργανωμένη βία (52%) και γ) παιδιά σοβαρά εκτεθειμένα σε οργανωμένη βία (32%). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως το ποσοστό της έκθεσης σχετίζονταν σημαντικά με το βαθμό επικράτησης της PTSD, καθώς τα παιδιά με την πιο σοβαρή τραυματική έκθεση διαγιγνώσκονταν πιο συχνά με PTSD, από εκείνα που ήταν λιγότερα εκτεθειμένα.

Επιπρόσθετα, η διαχρονική μελέτη των Thabet & Vostanis (2000), έδειξε μείωση των επιπέδων και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων PTSD, σε ένα δείγμα παιδιών που είχαν βιώσει το τραύμα του πολέμου. Ωστόσο, τα συμπτώματα PTSD εξακολουθούσαν να υπάρχουν κατά την περίοδο ειρήνης (όταν έγινε η μελέτη) και μάλιστα κάποια παιδιά ανέφεραν συμπτώματα όπως ανηδονία, έλλειψη συγκέντρωσης, φόβο, κοινωνική αποφυγή και εφιάλτες. Όσον αφορά τα συμπτώματα της PTSD, τον πρώτο χρόνο μετά το τραύμα συνήθως βρίσκονται σε έξαρση και ύστερα σταδιακά μειώνονται. Ωστόσο, τα παιδιά παραμένουν ευάλωτα σε περαιτέρω κατάρρευση και είναι δύσκολο να καθοριστεί η περίοδος έξαρσης, εάν εκτεθούν σε μεταγενέστερο στρες, πράγμα που συνέβη στη συγκεκριμένη έρευνα, όπου τα παιδιά είχαν εκτεθεί σε μεταγενέστερες μακροχρόνιες διαμάχες. Επιπλέον, η ικανότητα του φροντιστή να αντιμετωπίζει το τραυματικό γεγονός έχει συνδυαστεί με την έκβαση της PTSD στα παιδιά. Ένα σημαντικό στοιχείο της παραπάνω έρευνας είναι ότι οι δάσκαλοι ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ψυχικών προβλημάτων των παιδιών, απ' ότι ανέφεραν οι γονείς, κι αυτό γιατί ίσως να ήταν πιο συχνή η εκδήλωση τέτοιων προβλημάτων στο σχολικό περιβάλλον, ή ίσως οι γονείς να τα υποτιμούσαν, εξαιτίας της πολιτισμικής αντίληψης και του στίγματος της ψυχικής ασθένειας μέσα στην κοινωνία και συνεπώς να τα ανέφεραν λιγότερο.

Τέλος, στην έρευνά τους, οι Heptinstall, Sethna & Taylor (2004) μελέτησαν την επίδραση των προ και μετα-μεταναστευτικών εμπειριών στην ψυχική υγεία 40 ανηλίκων (8-16 ετών) προσφύγων που ζούσαν στο Λονδίνο, με τουλάχιστον έναν γονέα ή συγγενή τους, χρησιμοποιώντας τυποποιημένα εργαλεία αυτό-αναφοράς (Impact of Event scale και Depression Self-Rating Scale for Children), προκειμένου να αξιολογήσουν την PTSD και τα καταθλιπτικά συμπτώματα των παιδιών.

Όσον αφορά τις μετα-μεταναστευτικές εμπειρίες, αυτές που προκαλούσαν σοβαρή ανησυχία ήταν: τα προβλήματα γλώσσας και εστίασης, τα αισθήματα απομόνωσης και αποκλεισμού, η ανασφάλεια για την διαδικασία αίτησης ασύλου, οι οικονομικές δυσκολίες, η τρέχουσα σωματική ασφάλεια και ακεραιότητα της οικογένειας (και η τυχόν ασθένεια), ενώ

το ποσοστό του μετα-μεταναστευτικού στρες της οικογένειας συσχετίστηκε σημαντικά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα του παιδιού και μάλιστα η υψηλή βαθμολογία κατάθλιψης ήταν σημαντικά συσχετιζόμενη με ανασφαλή διαδικασία απόκτησης ασύλου και με σοβαρές οικονομικές δυσκολίες.

Όσον αφορά τις προ-μεταναστευτικές εμπειρίες, ο αριθμός τους συσχετίστηκε σημαντικά με τα συμπτώματα PTSD του παιδιού και μάλιστα υψηλές βαθμολογίες PTSD ήταν σημαντικά συσχετιζόμενες με προ-μεταναστευτικές εμπειρίες βίαιου θανάτου μελών της οικογένειας και με τη μετα-μεταναστευτική κατάσταση μιας ανασφαλούς διαδικασίας απόκτησης ασύλου.

Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη και το άγχος έχουν μελετηθεί ως δυνητικές ψυχολογικές αποκρίσεις των παιδιών και εφήβων προσγύφων, ενώ άλλα προβλήματα περιλαμβάνουν την διαταραχή αγωγής, την κατάχρηση ουσιών, την αυτό-καταστροφική συμπεριφορά, τις νευροβιολογικές διαταραχές (όπως νοητική υστέρηση, αυτισμός, σχιζοφρένεια), την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, τα προβλήματα προσοχής, την επιθετικότητα αλλά και συμπεριφορές εσωτερίκευσης, όπως καταθλιπτικά, αγχωτικά ή συμπτώματα απόσυρσης και σωματικές ενοχλήσεις (Crowley, 2009).

Το 2011, οι Seglem, Oppedal & Raeder μελέτησαν το επίπεδο και τους προβλεπτικούς παράγοντες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ασυνόδευτων ανηλίκων, αφότου εγκαταστάθηκαν στη Νορβηγία. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα παιδιά αυτά διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο για ψυχικά προβλήματα, ακόμα και μετά την εγκατάστασή τους σε μία νέα χώρα και πως το φύλο και η χώρα προέλευσης ήταν οι μοναδικοί σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, ένα πολύ-επίπεδο μοντέλο που προέβλεπε τα καταθλιπτικά συμπτώματα, με βάση ατομικούς και δημογραφικούς παράγοντες, έδειξε πως τα κορίτσια είχαν περισσότερα συμπτώματα PTSD και κατάθλιψης (κάτι που είναι συμβατό με το φυσιολογικό μοτίβο των διαφορών φύλου στην κατάθλιψη κατά την εφηβεία) σε σχέση με τα αγόρια και πως τα παιδιά από τη Σομαλία είχαν λιγότερα συμπτώματα σε σχέση με εκείνα από άλλες χώρες (πράγμα που ίσως να εξηγείται από το γεγονός ότι είναι ριζωμένα σε ισχυρούς εθνικούς και διακρατικούς δεσμούς). Συνεπώς, αυτή η ποικιλία στα επίπεδα των συμπτωμάτων, ως αποτέλεσμα της διαφοροποίησης του φύλου και της εθνότητας, δείχνει πως μερικές ομάδες ίσως να έχουν έμφυτους προστατευτικούς παράγοντες ή παράγοντες ευαλωτότητας, οι οποίοι χρειάζονται περαιτέρω μελέτη, ώστε να γίνει κατανοητή η διαφορετική ψυχολογική προσαρμογή μεταξύ των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Όσον αφορά το στρες (άγχος), η διαχρονική μελέτη των Vervliet, Lammertyn, Broekaert, & Derluyn (2014) αναφορικά με την ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων, αποκάλυψε ότι οι ασυνόδευτοι ανήλικοι είχαν κατά μέσο όρο υψηλές βαθμολογίες για άγχος, κατάθλιψη και συμπτώματα εσωτερίκευσης, ότι ο αριθμός των καθημερινών στρεσογόνων παραγόντων είχε σημαντική επίδραση στην ψυχική τους υγεία, καθώς και ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν αλλάζουν ιδιαίτερα με τον καιρό, αλλά επιμένουν. Συγκεκριμένα, τόσο τα τραύματα όσο και οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες (η εμπειρία της διάκρισης, οι δυσκολίες στις σχέσεις με συνομήλικους, η ανεπαρκής ιατροφαρμακευτική φροντίδα και περίθαλψη, η εμπειρία του να είναι κάποιος άστεγος) αυξάνουν με τον καιρό και επιδρούν σημαντικά στην ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Η αύξηση των προαναφερθέντων στρεσογόνων παραγόντων ίσως να έχει διαφορετικές εξηγήσεις. Εκ πρώτης όψεως, αντικατοπτρίζει τις αναπτυξιακές δυσκολίες των ανηλίκων κατά τη μακρόχρονη διαμονή τους σε μία ξένη χώρα, ενώ παράλληλα με το πέρασμα του χρόνου ίσως να νιώθουν περισσότερο ότι έχουν δικαίωμα να μιλήσουν για τις δυσκολίες αυτές. Επιπλέον, δεν βρέθηκε μείωση του αριθμού των τραυματικών γεγονότων που αναφέρθηκαν, ενώ η αύξηση ορισμένων τύπων τραύματος θα μπορούσε να αποτελεί ένδειξη νέων τραυματικών εμπειριών που ο ανήλικος βίωσε στην χώρα υποδοχής, ή εξέλιξη στην αναπόληση συγκεκριμένων τραυματικών γεγονότων, ή ακόμα ένδειξη μνημονικής ασυνέπειας που πιθανόν να προκλήθηκε από προβλήματα ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους McCloskey & Southwick (1996), η εμπειρία της μετανάστευσης αποτελεί έναν ξεχωριστό στρεσογόνο παράγοντα, καθώς υποβάλλει την οικογένεια σε επιπρόσθετες πιέσεις (οικονομική ένταση και φτώχεια, έλλειψη κατοικίας, εγκληματική θυματοποίηση και δυσλειτουργία της οικογένειας) και πιθανώς να συμβάλλει ανεξάρτητα στα προβλήματα προσαρμογής του παιδιού.

Τέλος, σύμφωνα με τον Sourander (1998), η έκθεση σε πολλαπλούς στρεσογόνους παράγοντες μειώνει σημαντικά την ικανότητα του παιδιού να ανταπεξέρχεται με επιτυχία στις δυσκολίες και μεγιστοποιεί το αίσθημα αβοήθητου που νιώθει, πράγμα το οποίο συμβαίνει και στην περίπτωση θανάτου του γονέα, που συχνά είναι απρόβλεπτος και βίαιος. Συνεπώς, η τυπική εμπειρία του παιδιού συνίσταται σε ολική αποδιοργάνωση ή ακόμη και καταστροφή της κοινωνίας, καθιστώντας το ανίκανο να έχει πρόσβαση στην υποστήριξη που είναι σημαντική για μία αποτελεσματική αντιμετώπιση και διαχείριση.

Όσον αφορά τη καθυστερημένη εμφάνιση της PTSD, αλλά και το ρόλο της κατάθλιψης και του άγχους σε αυτή, οι Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons, & Kleber (2011), αφότου εξέτασαν την καθυστερημένη (ένα με δύο χρόνια μετά την άφιξή τους) έναρξη της PTSD των ασυνόδευτων ανηλίκων, διαπίστωσαν πως υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα των συμπτωμάτων PTSD στα παιδιά αυτά, συμπεριλαμβάνοντας την εμπειρία του βίαιου θανάτου ενός μέλους της οικογένειας, το να είναι ασυνόδευτα και την σοβαρότητα της έκθεσής τους στο τραυματικό γεγονός.

Επιπλέον, η καθυστερημένη εμφάνιση της PTSD συνδέθηκε με τη μεγαλύτερη ηλικία (και για το λόγο αυτό προτείνεται πως η μετακίνηση των παιδιών αυτών θα πρέπει να γίνεται στα 18 έτη), την χαμηλή εκπαίδευση (καθώς μπορεί να οδηγήσει τους ανήλικους σε συναισθήματα ανεπάρκειας και αβοηθησίας όταν έρχονται αντιμέτωποι με τις απαιτήσεις της δυτικής κοινωνίας, οι οποίες με τη σειρά τους ίσως να οδηγήσουν σε αύξηση συμπτωμάτων PTSD) και τον αριθμό των αναφερόμενων στρεσογόνων και τραυματικών γεγονότων ζωής. Τέλος, οι ερευνητές πρότειναν πως η καθυστερημένη εμφάνιση της PTSD ίσως να αποτελεί διαμεσολαβητική μεταβλητή και να ακολουθεί την κατάθλιψη και το άγχος.

Στην παραπάνω έρευνα των Smid, Lensvelt-Mulders, Knipscheer, Gersons, & Kleber (2011), τα συμπτώματα στην καθυστερημένη εμφάνιση της PTSD βρέθηκε ότι είναι δευτερογενή σε συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα γνωστικά μοντέλα εξήγησης της PTSD και της κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτά (Ehlers & Clark, 2000), οι γνωστικές προδιαθέσεις που συνδέονται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, ίσως να εμπλέκονται ως εξέλιξη της μετατραυματικής δυσφορίας των ασυνόδευτων ανηλίκων. Επιπλέον, τόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα, όσο και η προγενέστερη έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, ίσως να αυξήσουν τον κίνδυνο των συνοδών στρεσογόνων παραγόντων, που με τη σειρά τους πιθανόν να συμβάλλουν στην μετα-τραυματική δυσφορία.

2.3. Τραυματικές εμπειρίες - Η σχέση τους με την ψυχολογική δυσφορία.

Όπως αναφέρουν οι Fazel & Stein (2002), οι περισσότεροι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες εκτίθενται σε 3 διαφορετικά στάδια τραυματικών εμπειριών.

Το πρώτο στάδιο συνίσταται στο τραύμα που έχουν υποστεί ενώ βρίσκονται στην πατρίδα τους, όπου αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους (λόγω πολέμου) και γίνονται μάρτυρες βίας, βασανισμού και θανάτων μελών της οικογένειας, συγγενών αλλά και

φίλων. Συχνά, δεν θυμούνται περιόδους σταθερότητας και ασφάλειας στην πατρίδα, καθώς η εκπαίδευση και η σχολική τους εμπειρία, εάν υπήρξε, έχει πιθανόν διαταραχθεί, ενώ παράλληλα βιώνουν την γονεϊκή δυσφορία αλλά και μία γενικότερη ανασφάλεια. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bronstein & Montgomery (2011), το συσσωρευμένο τραύμα από τις προ-μεταναστευτικές εμπειρίες σχετίζεται με αυξημένα συμπτώματα εσωτερίκευσης και PTSD, ο αποχωρισμός από τους γονείς λήφθηκε υπόψη, όταν διαπιστώθηκε πως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι παρουσίαζαν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία, ενώ ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά με υψηλότερες βαθμολογίες PTSD.

Το δεύτερο στάδιο αφορά τη μετακίνηση στη χώρα υποδοχής, που αποτελεί συχνά πηγή έντονου στρες, ενώ σε περιπτώσεις που είναι μακροχρόνιο, τους εκθέτει σε περισσότερους απειλητικούς κινδύνους. Συχνά, βιώνουν τον αποχωρισμό από τους γονείς, είτε λόγω ατυχήματος, είτε γιατί αποτελούν το μοναδικό μέλος που η οικογένεια μπορεί να στείλει ως αντιπρόσωπο, προς αναζήτηση μιας ασφαλέστερης ζωής, ή για την απόκτηση της προσφυγικής ιδιότητας, ενώ η πλειονότητα των ανηλίκων καταλήγει σε δουλεμπόρους που υπόσχονται βοήθεια και ασφάλεια.

Το τελευταίο στάδιο αναφέρεται στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν το άσυλο και την προσφυγική ιδιότητα, καθώς και στην ενσωμάτωσή τους στη χώρα, κατάσταση επιπρόσθετης δυσκολίας, που συχνά αναφέρεται ως «δευτερογενές τραύμα». Συγκεκριμένα, μετά την άφιξή του, ο ανήλικος θα χρειαστεί να πάει σε σχολείο και να κοινωνικοποιηθεί μέσα από μια ομάδα συνομηλίκων, με αποτέλεσμα συχνά να πρέπει να υιοθετήσει -πρώιμα-ρόλους ενηλίκων. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bronstein & Montgomery (2011), οι μετα-μεταναστευτικές εμπειρίες βρέθηκε πως συσχετίζονταν άμεσα με υψηλότερες βαθμολογίες PTSD και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η συσσώρευση εξαιρετικά στρεσογόνων παραγόντων, όπως η αβεβαιότητα αναφορικά με την απόκτηση της προσφυγικής ιδιότητας, η διαδικασία μετανάστευσης, η εμπειρία της διάκρισης, η έλλειψη στήριξης, οι περιορισμοί στην οργάνωση της ζωής, το χαμηλό επίπεδο γλώσσας και οι οικονομικές δυσκολίες, είχε εξαιρετικά αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία των ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων.

Τέλος, σύμφωνα με τους Derluyn, Mels & Broekaert (2009), στους ασυνόδευτους έφηβους συναντάται μία υψηλή γενίκευση και εμπειρία όλων των διαφορετικών ειδών τραύματος, σε σύγκριση με αυτούς που συνοδεύονταν έστω από τον ένα γονέα ή φροντιστή. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bronstein & Montgomery (2011), η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων εσωτερίκευσης και

υψηλότερα επίπεδα PTSD. Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες όσον αφορά συμπτώματα εσωτερίκευσης, κατάθλιψη και PTSD, ενώ οι άνδρες υψηλότερες βαθμολογίες PTSD και προβλήματα συμπεριφοράς. Αναφορικά με τη χώρα προέλευσης, τα παιδιά από την Ερυθραία, τη Γουινέα και την Αιθιοπία βρέθηκαν με περισσότερα συμπτώματα εσωτερίκευσης σε σύγκριση με εκείνα από άλλη χώρα, οι Oromo Ethiopians είχαν υψηλές βαθμολογίες PTSD, ενώ τα παιδιά από την Κίνα είχαν σημαντικά χαμηλές βαθμολογίες σε όλες τις μετρήσεις ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τη σχέση τραύματος και ψυχολογικής δυσφορίας, σε έρευνα των Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven (2007), πάνω στην επικράτηση, τη διαδικασία και τους προβλεπτικούς παράγοντες της ψυχολογικής δυσφορίας και των συμπεριφορικών προβλημάτων των ασυνόδευτων ανηλίκων που ζουν στην Ολλανδία, η αυτό-αναφερόμενη ψυχολογική δυσφορία τους βρέθηκε να είναι πολύ σοβαρή (50%) και χρόνια (σταθερή για ένα χρόνο, οπότε και έγινε η έρευνα), ενώ επιβεβαιώθηκε από δασκάλους και φροντιστές. Ο αριθμός της αυτό-αναφερόμενης εμπειρίας τραυματικών γεγονότων ήταν ισχυρά συσχετιζόμενος με την σοβαρότητα της ψυχολογικής δυσφορίας και τα συνεχόμενα, υψηλής σοβαρότητας, επίπεδά της δείχνουν μία χρόνια πορεία τραυματικών και στρεσογόνων αντιδράσεων.

Η ψυχοπαθολογία που παρατηρήθηκε κατά την πρώτη μέτρηση ήταν ο ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της ψυχοπαθολογίας που ακολούθησε κατά την δεύτερη μέτρηση (παρούσα, μετά από 12 μήνες), ενώ η σχέση μεταξύ τραύματος και ψυχολογικής δυσφορίας είναι και στην παρούσα έρευνα ισχυρή. Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός αυτό-αναφερόμενων στρεσογόνων γεγονότων ζωής παρέμενε ένας σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας αυτό-αναφερόμενων στρεσογόνων αντιδράσεων, συναισθηματικής δυσφορίας και συμπεριφορικών προβλημάτων, ενώ άλλοι προβλεπτικοί παράγοντες των ψυχολογικών προβλημάτων που ακολούθησαν ήταν η ηλικία, η ζωή σε κάποιο κέντρο υποδοχής, η μακροχρόνια διαμονή, το φύλο και η απουσία οικογένειας στην Ολλανδία. Μάλιστα, όσον αφορά την ηλικία, στην παρούσα έρευνα, αποτέλεσε έναν σημαντικό προστατευτικό παράγοντα, καθώς τα μικρότερα παιδιά δεν είχαν κατανοήσει πλήρως τις εμπόλεμες καταστάσεις, εν αντιθέσει με τα μεγαλύτερα παιδιά, τα οποία είχαν κατανοήσει, είχαν βιώσει και είχαν εκτεθεί σε περισσότερα αρνητικά γεγονότα ζωής και τραυματικές εμπειρίες.

Τέλος, όπως αναφέρει ο Hodes (2000), σε μελέτη του σχετικά με την ψυχολογική δυσφορία των ανήλικων προσφύγων που φτάνουν στο Ηνωμένο Βασίλειο, υπάρχουν

τουλάχιστον 50.000 ανήλικοι πρόσφυγες, οι οποίοι έχουν εκτεθεί σε υψηλά επίπεδα βίας, αποδιοργάνωση της κοινωνικής τους ζωής και απώλειες συγγενών τους, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, ενώ υπολογίζεται ότι πάνω από το 40% εξ' αυτών ίσως να πάσχουν από ψυχιατρικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη, PTSD και διαταραχή άγχους.

2.4. Παράγοντες κινδύνου.

Σύμφωνα με αρκετές έρευνες (Fazel & Stein, 2002. Reed, Fazel, Jones, Panter-Brick & Stein, 2012. Crowley, 2009), υπάρχουν 3 βασικοί παράγοντες κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας των παιδιών προσφύγων (οικογενειακοί, ατομικοί, περιβαλλοντικοί), που αφορούν την προ-μεταναστευτική, μεταναστευτική και μετα-μεταναστευτική περίοδο και που όσο περισσότερο συσσωρεύονται, τόσο περισσότερο αυξάνουν την πιθανότητα να αναπτυχθεί ψυχολογική διαταραχή.

- Οι οικογενειακοί/γονεϊκοί παράγοντες αναφέρονται στην σύνθεση της οικογένειας και την απώλεια, στη λειτουργικότητα και την γενικότερη υγεία της οικογένειας και στις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες εντός της οικίας. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη PTSD του γονέα, η μητρική κατάθλιψη, η ανεργία, η υποτίμηση του στρες του παιδιού, τα βασανιστήρια και η άμεση παρακολούθηση της αβοηθησίας των γονέων, ο αποχωρισμός από τους γονείς και ο θάνατος αυτών, αποτελούν παράγοντες κινδύνου.
- Οι ατομικοί παράγοντες αφορούν την έκθεση στη βία (αριθμός τραυματικών γεγονότων), τις φυσιολογικές, ψυχολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές (κακή διατροφή, PTSD, γλωσσικές διαταραχές), τον χρόνο από την μετακίνηση, την ηλικία και το φύλο. Μάλιστα, η έκθεση στη βία - τόσο η άμεση εμπειρία της βίας, όσο και το να είναι μάρτυρας βίας προς την οικογένειά του - αποτελεί τον παράγοντα με τον υψηλότερο κίνδυνο για μεταγενέστερα ψυχολογικά προβλήματα και διαταραχές.
- Οι περιβαλλοντικοί/κοινωνικοί παράγοντες συνίστανται στην κοινωνική υποστήριξη και ενσωμάτωση, στο κοινωνικό-οικονομικό, πολιτιστικό, ιδεολογικό και θρησκευτικό πλαίσιο της χώρας υποδοχής και στον επαναπατρισμό. Συγκεκριμένα, η φτώχεια, η απομόνωση, ο χρόνος απόκτησης της προσφυγικής ιδιότητας, αλλά και η προ-μεταναστευτική εμπειρία σε κατασκηνώσεις προσφύγων, σε συνδυασμό με τις επιδράσεις τόσο του πολέμου στην πατρίδα, όσο και της προσαρμογής σε μία ξένη κουλτούρα, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας των ανηλίκων προσφύγων.

Επιπρόσθετα, οι Hjern & Angel σε έρευνά τους, το 2000, εντόπισαν τους 5 κυριότερους παράγοντες κινδύνου που οδηγούσαν σε φτωχή ψυχική υγεία των ανηλίκων προσφύγων και που ήταν οι εξής: α) η εμπειρία πρόσφατου οικογενειακού στρες β) η έκθεση σε οργανωμένη βία γ) η ηλικία (άνω των 12 χρονών τη στιγμή της έρευνας) δ) το φύλο του παιδιού και ε) η ήπειρος γέννησης (εν προκειμένω, Χιλή).

Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας κίνδυνου αναφέρεται από τους Derluyn, Mels & Broekaert, στην έρευνά τους, το 2009. Δεδομένου ότι για πολλούς ανήλικους πρόσφυγες η μετανάστευση προκαλεί σημαντικές αλλαγές στην οικογενειακή τους ζωή, καθώς πολλοί αποχωρίζονται την οικογένειά τους, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι αυτές οι αλλαγές είναι ακόμα πιο δραστικές για τους ασυνόδευτους ανήλικους. Συγκεκριμένα, ο αποχωρισμός από τους γονείς συσχετίζεται σημαντικά με φτωχή ψυχική υγεία των προσφύγων, ειδικά όταν εμπλέκονται κι άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες, όπως η μετανάστευση, τα ασυνόδευτα κορίτσια ίσως αναπτύξουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος, κατάθλιψη και PTSD, ενώ ο αποχωρισμός από την πατρική φιγούρα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο βίωσης στρεσσογόνων γεγονότων ζωής - παρόλο που η μητρική φιγούρα παρέχει την υποστήριξη στους ανήλικους να αντιμετωπίσουν τα τραυματικά γεγονότα ζωής.

Ωστόσο, η έρευνα των Vervliet et al (2014), έδειξε – προς έκπληξη και των ίδιων των ερευνητών - ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ των ασυνόδευτων αγοριών που είχαν χάσει έναν ή και τους δύο γονείς και αυτών των οποίων οι γονείς ήταν ακόμα ζωντανοί. Έτσι, οι ερευνητές υπέθεσαν ότι η ηλικία των ανηλίκων είναι αυτή που επιδρά στην έκβαση της ψυχική τους υγείας, καθώς οι μεγαλύτεροι ανήλικοι ίσως αναγκαστούν να επικεντρωθούν στην ανάληψη κοινωνικών θέσεων και ρόλων προκειμένου να επιβιώσουν, κάτι που ίσως να τους αποσπάσει και να κάνει πιο ομαλό το βίωμα της απώλειας.

Τέλος, όπως αναφέρουν οι Hjern, Angel & Jeppson (1998), οι κυριότεροι καθοριστικοί παράγοντες της φτωχής ψυχικής υγείας των παιδιών που εξορίστηκαν από τη Χιλή και τη Μέση Ανατολή και εγκαταστάθηκαν στη Στοκχόλμη της Σουηδίας, κατά τους πρώτους 18 μήνες, αναλύονται σε 4 επίπεδα και είναι οι εξής: Στο 1^{ο} επίπεδο βρίσκεται το τραύμα, ως μακροχρόνια επίπτωση της οργανωμένης πολιτικής βίας και του ξεριζωμού. Στο 2^{ο} επίπεδο - το ενδοατομικό - συναντάμε την ηλικία, το φύλο, τις γνωστικές ικανότητες, την προσωπικότητα και τα γεγονότα ζωής. Το 3^{ο} επίπεδο -το σχεσιακό - αφορά την οικογένεια (και το στρες στην οικογενειακή σφαίρα), το κοινωνικό δίκτυο και την εθνότητα και το 4^{ο}

επίπεδο αφορά τη γενικότερη κοινωνική και πολιτική κατάσταση της πατρίδας τους κατά την εξορία.

2.5. Συμπτώματα ψυχολογικών διαταραχών – Συναισθηματικά & συμπεριφορικά προβλήματα.

Όσον αφορά τα συμπτώματα των ψυχολογικών διαταραχών των ανηλίκων προσφύγων, αυτά σύμφωνα με τους Fazel & Stein (2002) συνίστανται στην επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων, στην επαναλαμβανόμενη βίωση του τραύματος και στην αυξημένη διέγερση (PTSD), στις αγχώδεις διαταραχές, στις διαταραχές ύπνου, στα συμπτώματα κατάθλιψης (χαμηλή διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης), στη μείωση της σχολικής επίδοσης και στις διαταραχές διαγωγής, ενώ συχνά οι ανήλικοι παρουσιάζουν μία μίξη των συμπτωμάτων από διαφορετικές κατηγορίες διαταραχών. Επιπλέον, εκείνοι που έχουν εκτεθεί σε πόλεμο και βία, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βιώσουν συναισθήματα απελπισίας και θλίψης και συχνά παρουσιάζουν παλινδρόμηση και απόσυρση, ενώ σε περίπτωση που παραμείνουν στην εμπόλεμη πατρίδα τους, μπορεί να οδηγηθούν στην εκδήλωση επιθετικότητας (McCloskey & Southwick, 1996).

Επιπλέον, όπως αναφέρεται στην έρευνα του Hacking (2010), ο οποίος εξέτασε την παθολογική απόσυρση των παιδιών προσφύγων που ζήτησαν άσυλο στη Σουηδία, την περίοδο 2001-2006, σημειώθηκε μία πλήρης απόσυρση των παιδιών από την καθημερινή τους ζωή. Καθώς έλλειπε μία ολοκληρωμένη διάγνωση, τα μοντέλα που εξετάστηκαν από τον ερευνητή ήταν αυτό της «μαθημένης αβοηθησίας», το «σύνδρομο διάχυτης άρνησης», η «καταθλιπτική αποδυνάμωση» και η «απάθεια», ενώ όσον αφορά τα αποτελέσματα, ο Hacking πρότεινε πως ισχύει το μοντέλο «απομίμηση και εσωτερίκευση», δηλαδή τα περισσότερα από τα παιδιά μπορεί να είχαν αρχίσει να μιμούνται άλλους που είχαν αρρωστήσει, αλλά σύντομα αυτό εσωτερικεύθηκε, σε σημείο που, τελικά, έγινε αναπόσπαστο μέρος της ψυχοσωματικής και κοινωνικής συγκρότησής τους.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, ο Sourander, το 1998, πραγματοποίησε μία έρευνα σχετικά με τα τραυματικά γεγονότα που υπέστησαν 46 ασυνόδευτοι ανήλικοι, οι οποίοι θα τοποθετούνταν σε κέντρο ασύλου στη Φιλανδία, καθώς και τα συμπτώματα των συμπεριφορικών τους προβλημάτων. Συγκεκριμένα, έχοντας βιώσει σε μεγάλο βαθμό απώλειες, αποχωρισμό από τους γονείς και απειλές, περίπου τα μισά εξ' αυτών παρουσίασαν συμπτώματα συμπεριφορικών

προβλημάτων, σε βαθμό κλινικό ή οριακό, με την ηλικία να παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων, καθώς οι μικρότεροι ανήλικοι είχαν πιο σοβαρά συμπεριφορικά προβλήματα και φάνηκε πως ήταν περισσότερο ευάλωτοι να νιώσουν συναισθηματική δυσφορία, από τους μεγαλύτερους, εξαιτίας του γεγονότος ότι οι τελευταίοι ίσως να διέθεταν πιο αποτελεσματικές πηγές αντιμετώπισης των τραυματικών τους εμπειριών. Επιπλέον, τα πιο κοινά συμπτώματα σχετίζονταν με την PTSD, την κατάθλιψη και το άγχος, ενώ η πλειονότητα αυτών ανέφερε σωματικά παράπονα, αβεβαιότητα για το μέλλον, αλλά και αυτοκτονικό ιδεασμό. Συνεπώς, όλα αυτά τα στοιχεία έδειξαν πως επρόκειτο για έναν ευάλωτο πληθυσμό, που είχε ανάγκη τις ψυχολογικές υπηρεσίες.

Το 2007, η έρευνα των Derluyn & Broekaert επικεντρώθηκε στα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα των ασυνόδευτων παιδιών και εφήβων. Συγκεκριμένα, ο συνδυασμός του να είναι ένας ανήλικος πρόσφυγας, να είναι στο μέσο της εφηβείας και να είναι ασυνόδευτος, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ένα εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο ψυχικής υγείας, ενώ συνήθη συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα είναι η PTSD, η κατάθλιψη, το άγχος, ο φόβος αποχωρισμού, η ενοχή, ο θρήνος, η απόσυρση, οι διαταραχές διατροφής και ύπνου, η σύγχυση ταυτότητας και η εγκληματική συμπεριφορά. Σημαντικός είναι ο ρόλος των γονέων ως πηγή υποστήριξης, καθώς παρατηρήθηκε ότι σε περιπτώσεις όπου τα παιδιά έμειναν με την οικογένεια τους (αφότου μετανάστευσαν) ήταν λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν μία ψυχιατρική διαταραχή, εν συγκρίσει με αυτά που ζούσαν μόνα τους ή με ανάδοχη οικογένεια. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι σχεδόν όλα τα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και μετά την άφιξη των ανηλίκων στη χώρα υποδοχής, καθώς και ότι τα κορίτσια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχολογικά προβλήματα, κάτι που οφείλεται στο γεγονός ότι ίσως να έχουν βιώσει περισσότερο τραυματικά γεγονότα - σε σύγκριση με τα αγόρια - όπως σεξουαλική κακοποίηση, εξαναγκασμό να παντρευτούν, βιασμό ή αναγκαστική πορνεία. Τέλος, οι ανήλικοι πρόσφυγες που έχουν βιώσει πολλαπλά και διαρκή τραυματικά γεγονότα, συνήθως αντιμετωπίζουν το τραύμα τύπου ΙΙ (Terr, 1991) ή αλλιώς την «διαδοχική τραυματοποίηση» (Keilson & Sharpati, 1979), κατάσταση που δημιουργείται από την παρατεταμένη και συνεχή έκθεση σε επαναλαμβανόμενους στρεσογόνους παράγοντες, όπως συνήθως συμβαίνει σε ψυχολογική και σεξουαλική παρενόχληση.

Στην έρευνά τους οι Bean, Eurelings-Bontekoe & Spinhoven (2007), ανέφεραν ότι οι πρόσφυγες που είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες μπορεί να υποφέρουν από ψυχολογική δυσφορία για αρκετά χρόνια, ενώ οι Derluyn, Mels & Broekaert (2009) υποστήριξαν ότι οι

ανήλικοι πρόσφυγες που είχαν αποχωριστεί και τους δύο γονείς ή τη μητέρα και τα κορίτσια πρόσφυγες ήταν η ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο για σοβαρά και χρόνια ψυχικά προβλήματα. Και οι δύο ομάδες ερευνητών έδωσαν έμφαση στην χρόνια φύση και στην υψηλή σοβαρότητα της ψυχολογικής δυσφορίας των ανήλικων προσφύγων, στην επιτακτική ανάγκη για παροχή σταθερής ψυχολογικής υποστήριξης, προκειμένου να ανταπεξέλθουν και να ξεπεράσουν τις αρνητικές επιπτώσεις από την απώλεια των σημαντικών προσώπων προσκόλλησης, αλλά και στην εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων κλιμακωτής φροντίδας (δηλαδή το επίπεδο της φροντίδας να ταιριάζει με τις ψυχολογικές ανάγκες), προκειμένου να επιτευχθεί η σταθερότητα και η ομαλότητα στις ζωές των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Επιπλέον, παρόλο που οι Salmon και Bryant (2002) υποστήριξαν ότι ένας ανήλικος θα πρέπει να είναι αρμόδιος για τη ρύθμιση των συναισθημάτων του, πριν από την πιθανότητα εφαρμογής μιας γνωστικο-συμπεριφορικής θεραπείας του τραύματος, οι Ciarrochi, Deane, Wilson και Rickwood (2002) πρότειναν να διδάσκονται οι ανήλικοι τον εντοπισμό και τη διαχείριση των συναισθημάτων τους, προκειμένου να οδηγηθούν στη θετική συμπεριφορά αναζήτησης βοήθειας από το κοινωνικό τους δίκτυο. Συγκεκριμένα, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι μπορούν να διδαχθούν και να μάθουν αποτελεσματικά, τόσο από το σχολείο, όσο και από το οικιστικό τους πλαίσιο και μέσω κατάλληλων ψυχολογικών εργαλείων, βασικές κοινωνικές δεξιότητες, τεχνικές χαλάρωσης, αυτό-αντανάκλαση μέσω γραφής και ικανότητες διαχείρισης των χρόνιων συμπτωμάτων PTSD, προκειμένου να διαχειριστούν τα υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας, απώλειας, άγχους και συναισθηματικού πόνου, ώστε να είναι κοινωνικά και συναισθηματικά επαρκείς.

Έχοντας αναφέρει τα προβλήματα ψυχικής υγείας των ασυνόδευτων ανηλίκων και την αιτιολογία τους, στο επόμενο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στις παρεμβάσεις οι οποίες μπορούν πραγματοποιηθούν, προκειμένου να αποκατασταθεί και να προωθηθεί η υγεία και η μέγιστη ψυχοκοινωνική ευμάρεια των ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Οι Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart & Spinhoven ήταν οι πρώτοι που στην έρευνά τους, το 2006, κατέγραψαν τις ακάλυπτες ανάγκες των ασυνόδευτων ανηλίκων για φροντίδα της ψυχικής τους υγείας και τη συσχέτιση αυτών των αναγκών με το βαθμό χρήσης των αντίστοιχων υπηρεσιών, ενώ διαπίστωσαν ότι περίπου το 60% των ασυνόδευτων ανηλίκων είχαν ανάγκη για φροντίδα της ψυχικής τους υγείας, αλλά ένα μικρό ποσοστό (11.7%) έλαβε επαγγελματική φροντίδα και υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με τον Sourander (1998), προκειμένου να επιτευχθεί μία ολοκληρωμένη ανάλυση των ζητημάτων ψυχικής υγείας για τους ασυνόδευτους ανήλικους, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι πολυάριθμες προσωπικές, οικογενειακές και κοινοτικές επιπτώσεις πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την μετανάστευση. Επιπλέον, οι παρεχόμενες υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης, προκειμένου να είναι επαρκείς και αποτελεσματικές, θα πρέπει αρχικά να είναι διαθέσιμες, να είναι εστιασμένες στον ανήλικο, αλλά και να λαμβάνουν υπόψη τόσο την κουλτούρα, όσο και τις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών για ασφάλεια, παιχνίδι, δουλειά, εκπαίδευση, αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους και με τους ενήλικες, όρια και έλεγχοι στην κοινότητα, τυπική οργάνωση και θρησκεία (Westermeyer, 1991).

3.1. Έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση.

Οι Thommessen, Laghi, Cerrone, Baiocco & Todd (2013), τονίζουν τη σημασία να προσφερθούν κατάλληλες, μακροχρόνιες παρεμβάσεις στους ασυνόδευτους ανήλικους, αλλά και να έχουν διαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς τα ευρήματα δείχνουν ότι οι δυσκολίες μετά την άφιξή τους στην χώρα υποδοχής παραμένουν για χρόνια. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι προσπάθειες ελαχιστοποίησης των εμποδίων της γλώσσας, αλλά και των υπόλοιπων πολιτιστικών στιγμάτων και προκαταλήψεων έναντι των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να πραγματοποιηθούν παρεμβάσεις πολιτισμικά ευαίσθητες και εύκολα προσβάσιμες. Παράλληλα, είναι αναγκαίο να ληφθούν υπόψη οι ατομικές ανάγκες, καθώς υπάρχει ποικιλία τόσο των ατομικών εμπειριών, όσο και του πολιτισμικού πλαισίου και των συστημάτων πίστης που επηρεάζουν τον τρόπο βίωσης της ψυχολογικής δυσφορίας, αλλά και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Derluyn, Mels, Educ & Broekaert (2009) η έγκαιρη ανίχνευση των ψυχικών προβλημάτων αποτελεί προτεραιότητα για όλες τις δομές υποδοχής

και φροντίδας των ασυνόδευτων ανηλίκων. Ωστόσο, μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη, καθώς κυριαρχούν τα συμπτώματα εσωτερίκευσης (συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και PTSD) και συνεπώς θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων και πληροφόρησης και να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην πιθανή επιρροή του πλαισίου του ανήλικου (πολιτισμικό και εκπαιδευτικό πλαίσιο, τραυματικές εμπειρίες και προηγούμενη κατάσταση), καθώς και στην επίδραση της παρούσας κατάστασης (συνθήκες ζωής στο κέντρο ασύλου, αβέβαιο μέλλον, έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης, διακρίσεις). Τέλος, συχνά οι ανήλικοι πρόσφυγες αντιμετωπίζονται περισσότερο ως «πρόσφυγες» παρά ως «ανήλικοι» από τις κυβερνητικές πολιτικές, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένα ξεχωριστό σύστημα υποδοχής και φροντίδας, που να παρέχει περισσότερες ευκολίες και ευκαιρίες για εκπαίδευση, υποδομή και ψυχολογική υποστήριξη, καθιστώντας έτσι αναγκαία την αλλαγή στις παρούσες κυβερνητικές πολιτικές που αφορούν την ευάλωτη κοινωνική ομάδα των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Ο Crowley στην έρευνά του, το 2009, διακρίνει τις παρεμβάσεις σε 4 βασικές κατηγορίες: ατομικές, σχολικές, οικογενειακές και κοινοτικές.

- Οι ατομικές αφορούν κυρίως την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (CBT), η οποία μπορεί να είναι αποτελεσματική σε συγκεκριμένους πληθυσμούς και εφόσον έχουν ληφθεί υπόψη οι πολιτισμικές διαφορές και ο ρόλος τους στην μετα-μεταναστευτική προσαρμογή.

- Οι οικογενειακές παρεμβάσεις έχουν επίσης προταθεί προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση της ψυχικής υγείας τόσο των ανήλικων προσφύγων, όσο και της οικογένειάς τους, καθώς οι ίδιοι βασίζονται κυρίως στις οικογένειές τους για υποστήριξη και καθοδήγηση και ίσως να διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον εκτός της οικογένειας.

- Για τους ανήλικους πρόσφυγες το σχολικό πλαίσιο διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ενσωμάτωσή τους, καθώς διευκολύνει την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομήλικους και την δημιουργία αίσθησης ταυτότητας, ενώ παράλληλα αποτελεί ισχυρή βάση για εκπαιδευτική, κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη (Fazel & Stein, 2002). Συνεπώς, οι παρεμβάσεις στο σχολικό πλαίσιο μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την ψυχική υγεία του ανήλικου.

- Όσον αφορά τις κοινοτικές παρεμβάσεις, παρόλο που δεν έχουν αξιολογηθεί επίσημα, πιθανόν να βελτιώσουν την ψυχοκοινωνική κατάσταση των ανήλικων προσφύγων και των οικογενειών τους.

Επιπρόσθετα, οι παρεμβάσεις - σε επίπεδο βασικών αναγκών- που θα διευκολύνουν την ενσωμάτωση των ανήλικων προσφύγων και θα συντελέσουν στην βελτίωση της ψυχικής τους υγείας, κατά τη μετά-μεταναστευτική περίοδο είναι: η εστίαση, η ασφάλεια, το φαγητό, τα χρήματα και η εργασία, η πρόσβαση στην υγεία και την εκπαίδευση, οι θρησκευτικές και πολιτισμικές διευκολύνσεις, η πρόσβαση σε κοινοτικές πηγές και οι υπηρεσίες εντοπισμού της οικογένειας.

Τέλος, όπως αναφέρει στην έρευνά του ο Yohani (2010), η βοήθεια στους ανήλικους πρόσφυγες θα πρέπει να είναι εστιασμένη στην αποκατάσταση, την καλλιέργεια και τη διατήρηση της ελπίδας, ενώ οι άνθρωποι που πραγματοποιούν και εμπλέκονται άμεσα στην παρέμβαση θα πρέπει να είναι επικεντρωμένοι και ευαισθητοποιημένοι όσον αφορά τις ανάγκες των ανήλικων, προκειμένου τα ίδια να αισθάνονται ότι οι σημαντικοί ενήλικες φροντιστές τους διατηρούν την ελπίδα και την πίστη τους σε αυτά.

3.2. Προστατευτικοί παράγοντες.

Στην έρευνά τους, το 2012, οι Carlson, Cacciatore & Klimek εντόπισαν 3 κύριες κατηγορίες προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι διαφοροποιούνται ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του ανήλικου.

- Οι ατομικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την υψηλή νοημοσύνη, την εύκολη ιδιοσυγκρασία, τις επαρκείς ικανότητες διαχείρισης και επίλυσης προβλημάτων, το θηλυκό γένος και την πίστη σε μία ανώτερη δύναμη ή ένα θρησκευτικό προσανατολισμό (Garmezy & Rutter, 1985).

- Οι οικογενειακοί παράγοντες συνίστανται στην ανθεκτικότητα, στην προσκόλληση σε τουλάχιστον έναν γονέα και τη στενή γονική επίβλεψη και στη σταθερότητα (Derluyn & Broekaert, 2007; Garmezy & Rutter, 1985).

- Στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, οι στενές σχέσεις με άλλους ενήλικες, με συνομηλίκους στο σχολικό περιβάλλον αλλά και στην εκκλησία και γενικότερα η κοινωνική υποστήριξη μέσω των διαπροσωπικών σχέσεων έχουν βρεθεί να είναι σημαντικοί παράγοντες προστασίας (Ehntholt & Yule, 2006).

Το 2013, οι Eide & Hjern διαπίστωσαν πως η ύπαρξη καλής γονικής υποστήριξης μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών, μετά από τραυματικές εμπειρίες. Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αιτούντες άσυλο είναι οι πιο ευάλωτοι σε PTSD, καθώς έχουν στερηθεί τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις, που θα τους βοηθούσαν στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των δύσκολων γεγονότων που έχουν βιώσει. Συνεπώς, οι φροντιστές που συχνά υποκαθιστούν τον γονέα και που δημιουργούν στενές και διαρκείς επαφές με τα παιδιά είναι απαραίτητοι, γεγονός που αποδεικνύεται και από τα χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των ανήλικων που βρίσκονται σε ανάδοχη φροντίδα ή σε συγγενικό περιβάλλον. Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart & Spinhoven (2006), το νεαρό της ηλικίας, το να ζουν με μέλη της οικογένειας και γενικότερα ένα ενισχυτικό κοινωνικό περιβάλλον βρέθηκαν να είναι προστατευτικοί παράγοντες και να σχετίζονται αρνητικά με τη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας της ψυχικής υγείας των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Σύμφωνα με τους Fazel & Stein (2002) αλλά και τον Crowley (2009), οι προστατευτικοί παράγοντες που καθιστούν ικανά τα παιδιά υψηλού κινδύνου να είναι περισσότερο ανθεκτικά περιλαμβάνουν: α) μία υποστηρικτική οικογένεια και μία θετική σχέση με τουλάχιστον έναν γονέα β) ένα δίκτυο δασκάλων, συνομηλίκων, συγγενών και γενικότερης κοινωνικής πρόνοιας που να ενισχύει την άμυνα και την προστασία του παιδιού απέναντι στους περιβαλλοντικούς κινδύνους και γ) μία αισιόδοξη διάθεση και ικανοποιητική αυτοεκτίμηση του παιδιού, ενώ η απόκριση απέναντι στο στρες και η λειτουργικότητα του γονέα μπορεί να επιδράσει σημαντικά στη συμπεριφορά προσαρμογής του παιδιού.

Επιπλέον, στην έρευνά τους οι Montgomery, Rousseau & Shermark (2001) αναφέρουν πως μία από τις πιο άμεσες ανησυχίες, αναφορικά με την προστασία και ανθεκτικότητα του παιδιού, σχετίζεται με την απώλεια, το σοκ ή το τραύμα, ιδιαίτερα την περίοδο αμέσως μετά την άφιξή τους στη χώρα υποδοχής. Συνήθως οι ανήλικοι είναι άτομα που υποχρεώθηκαν να αφήσουν τις πατρίδες τους, χωρίς προειδοποίηση ή προετοιμασία, που αποχωρίστηκαν βίαια τους γονείς τους και που υπήρξαν μάρτυρες ή θύματα βασανισμών των ίδιων ή της οικογένειάς τους, με αποτέλεσμα να υφίστανται την επίδραση του σοκ και του τραύματος στον ψυχισμό τους. Ωστόσο, το τραύμα και το σοκ δεν έχουν πάντα τις ίδιες συνέπειες για όλους τους ανηλίκους, καθώς πολλοί έχουν αναπτύξει στρατηγικές επιβίωσης και αντιμετώπισης, που τους βοηθούν να ανταπεξέλθουν στις δυσμενείς αυτές καταστάσεις.

Επιπρόσθετα, ο θυμός, η επιθετικότητα και η αυτοπεποίθηση μπορούν να αποτελέσουν δυνητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ ο συμβολικός ρόλος και η νοητή αναπαράσταση της οικογένειας, ακόμα και γι' αυτούς που έχουν χάσει οποιαδήποτε επαφή, αλλά και ο υψηλός βαθμός δεσμού με την κουλτούρα καταγωγής τους παρέχει βοήθεια και υποστήριξη στους ανήλικους πρόσφυγες ώστε να συνεχίσουν την ζωή τους.

Τέλος, ατομικοί παράγοντες που έχει βρεθεί ότι ίσως να ενισχύουν την ανθεκτικότητα, περιλαμβάνουν την ηλικία και το φύλο, καθώς τα μικρότερα παιδιά ίσως να μπορούν να προστατευθούν από τις τραυματικές συνέπειες των εμπειριών τους, λόγω της γνωστικής ανωριμότητάς τους, ενώ όσον αφορά το φύλο, τα αγόρια και τα κορίτσια μπορεί να έχουν σημαντικά διαφορετική έκθεση στον πόλεμο και σε άλλη μορφή βίας, συμπεριλαμβανομένου του βιασμού που μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία. Ωστόσο, όταν υπήρξε έκθεση σε παρόμοιες ανεπιθύμητες εμπειρίες, τα ευρήματα δεν έδειξαν να υπάρχει ένα σταθερό μοτίβο αναφορικά με το αν το φύλο επηρεάζει την ανθεκτικότητα (Hodes, 2000).

3.3. Στρατηγικές αντιμετώπισης.

Παρόλο που έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ανθεκτικότητα των ασυνόδευτων ανηλίκων, υπάρχουν ελάχιστες έρευνες αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν. Ωστόσο, στην έρευνά τους για τους ασυνόδευτους ανηλίκους που ζουν στην Ιρλανδία, το 2010, οι Raghallaigh & Gilligan εντόπισαν 6 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες είναι οι εξής: 1) διατήρηση της συνοχής σε διαφορετικό πλαίσιο 2) προσαρμογή μέσω μάθησης και αλλαγής 3) υιοθέτηση μιας θετικής στάσης 4) καταστολή αρνητικών συναισθημάτων και αναζήτηση περισπασμών 5) ανεξαρτησία 6) δυσπιστία, ενώ παράλληλα δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στο ρόλο της θρησκείας σε συνάρτηση με αυτές τις στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς η θρησκευτική πίστη βρέθηκε να είναι το κοινό στοιχείο όλων.

Αναλυτικότερα, η διατήρηση της συνοχής αποτελεί μία σημαντική πτυχή της ταυτότητας του ατόμου, καθώς η αίσθηση ομοιότητας μεταξύ παρελθόντος και παρόντος διευκολύνει τον σχηματισμό μιας διαρκούς αίσθησης του εαυτού και επομένως αποδεικνύεται ως μία σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης (Erikson 1968; Hartar 1990). Οι ανήλικοι της προαναφερθείσας έρευνας εκμεταλλεύονταν τις ευκαιρίες για διατήρηση της συνοχής τους, η οποία επιτυγχάνονταν και μέσω της θρησκευτικής πίστης. Συγκεκριμένα,

καθώς στην πατρίδα τους η θρησκευτική πίστη και τα τελετουργικά της αποτελούσαν κύρια στοιχεία της ζωής τους, όταν εγκαταστάθηκαν στη χώρα υποδοχής αυτά παρέμειναν σταθερά και αναλλοίωτα. Επιπλέον, από τη στιγμή που τα στοιχεία της κουλτούρας τους διατηρούνταν σταθερά, συνεχή και αποτελούσαν ένα φανερό και αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής τους, δεν υπήρχε ούτε η αίσθηση της απειλής, αλλά ούτε και η αίσθηση της απώλειας που θα μπορούσε να επιφέρει η αλλαγή.

Όσον αφορά την προσαρμογή μέσω μάθησης και αλλαγής, παρόλο που πολλοί επιθυμούσαν να κρατήσουν σταθερά τα στοιχεία της κουλτούρας τους, αρκετοί επιθυμούσαν να προσαρμοστούν στο νέο τους περιβάλλον, μέσω εκμάθησης νέων συμπεριφορών και αλλαγής των υπαρχουσών, μέσω της αλληλεπίδρασης με τους ντόπιους, μέσω εκμάθησης των πρακτικών και πολιτισμικών πτυχών της χώρας υποδοχής (Ιρλανδία) και μέσω αλλαγής των θρησκευτικών πρακτικών τους, με αποτέλεσμα να υιοθετήσουν μία στρατηγική ενσωμάτωσης και εκπολιτισμού και να δημιουργήσουν μία διαπολιτισμική ταυτότητα, η οποία διευκόλυνε την ψυχολογική και κοινωνικό-πολιτισμική τους προσαρμογή.

Η επικέντρωση στα θετικά στοιχεία της κατάστασης, η εκτίμηση των καλών πραγμάτων στη ζωή τους και η ελπίδα για το μέλλον, η οποία απόρρεε από τη σύγκριση των απελπιστικών συνθηκών στην πατρίδα τους και των τωρινών συνθηκών στη χώρα υποδοχής, σε συνδυασμό με την επίδραση της θρησκευτικής πίστης, αποτελούσαν μία ακόμα σημαντική στρατηγική διαχείρισης. Άλλωστε, ο Goodman (2004) υποστήριξε πως η ελπίδα για ένα καλύτερο μέλλον είναι σημαντική για όσους έχουν υποστεί τραύμα και απώλειες και τους καθιστά περισσότερο ικανούς να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες, καθώς αποτελεί μία πηγή θετικότητας με δυναμικό χαρακτήρα.

Η καταστολή των αρνητικών συναισθημάτων, μέσω της καταπίεσης των δυσάρεστων σκέψεων, η αναζήτηση περισπασμών, προκειμένου να μην έχουν χρόνο για να αισθανθούν μοναξιά ή ανησυχία, η επιδίωξη της συντροφιάς των άλλων και η εστίαση σε δραστηριότητες, αποτελούσε, για τους ανήλικους, μία εξίσου σημαντική στρατηγική διαχείρισης των καταστάσεων.

Επιπλέον, ανάμεσα στους συμμετέχοντες της συγκεκριμένης έρευνας, παρατηρήθηκαν αρκετοί που δρούσαν ανεξάρτητα και που αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους εξαιρετικά αυτοδύναμο, γεγονός που τους καθιστούσε ικανούς να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις δύσκολες καταστάσεις, καθώς ένιωθαν μία αυξημένη αίσθηση ελέγχου πάνω στη ζωή

τους. Παρόλο που είχαν βιώσει τον αποχωρισμό από την οικογένεια και τους φίλους τους, εντάσσονταν σε νέα κοινωνικά δίκτυα, διατηρώντας το πνεύμα ανεξαρτησίας τους, ενώ συχνά στρέφονταν στο θεό, με τον οποίο ένιωθαν ισχυρή σχέση, καθώς πίστευαν πως θα τους βοηθήσει και θα τους υποστηρίξει, ώστε να ξεπεράσουν τις δυσκολίες.

Τέλος, οι συμμετέχοντες είχαν την τάση να μην εμπιστεύονται παρά μόνο συγκεκριμένους ανθρώπους, απέδιδαν αυτή τους τη δυσπιστία σε παρελθοντικές τραυματικές εμπειρίες και με αυτόν τον τρόπο επεδίωκαν να προστατεύσουν τον εαυτό τους και να ελαχιστοποιήσουν τον κίνδυνο να πληγωθούν ή να προδοθούν. Ωστόσο, ανέφεραν πως εμπιστεύονταν απόλυτα τον θεό και υποστήριζαν πως βασίζονταν σε αυτόν για καθοδήγηση και υποστήριξη.

3.4. Θεραπείες.

Τα κύρια μοντέλα θεραπείας και παρεμβάσεων για τα παιδιά πρόσφυγες χρειάζεται να είναι προσαρμοσμένα στις πολιτισμικές, γλωσσικές και οργανωτικές διαφορές, να αποτρέπουν τη δευτερογενή θυματοποίηση των παιδιών, μέσω οικοδόμησης μιας σχέσης εμπιστοσύνης κατά τη θεραπεία, ενώ η οικογένεια και η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα είναι απαραίτητη (Hodes, 2000. Westermeyer, 1991). Λαμβάνοντας υπόψη την PTSD και τα προβλήματα άγχους, αποδεικνύονται πολύ βοηθητικές οι γνωστικοσυμπεριφορικές θεραπείες, η φαρμακοθεραπεία, οι ομαδικές θεραπείες, καθώς εξαλείφουν το αίσθημα αβοήθητου και μοναξιάς παρέχοντας ιδιαίτερες ευκαιρίες και προκλήσεις (O'Shea, Hodes, Down & Bramley, in press), αλλά και η θεραπεία μέσω τέχνης που συμβάλλει στην διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και της σύνδεσης με τις παραδόσεις και στον αυτοσεβασμό. Επιπλέον, θα πρέπει να δοθεί έμφαση τόσο στην πρωτογενή πρόληψη, μέσω μείωσης του στρες και των αντιξοοτήτων, όσον αφορά πρακτικά θέματα, ήδη από την φάση της εγκατάστασης, όσο και στη δευτερογενή πρόληψη, η οποία μπορεί να συνδεθεί με κοινοτικές παρεμβάσεις, μέσω της έγκαιρης και πρώιμης ανίχνευσης της δυσφορίας και της ψυχικής διαταραχής, ενώ παράλληλα θα αποτελούσε σημαντική πρωτοβουλία η στελέχωση των συμβουλευτικών υπηρεσιών από τους ίδιους τους πρόσφυγες (ψυχολόγους και ψυχιάτρους στην πατρίδα τους), προκειμένου να διατηρήσουν αναλλοίωτη και σταθερή μία πτυχή της ζωή τους.

Το 2010, οι Descilo, Greenwald, Schmitt & Reslan έκαναν λόγο για τη θεραπεία μείωσης του τραυματικού περιστατικού (traumatic incident reduction – TIR), η οποία συνεπάγεται στη νοερή απεικόνιση της τραυματικής ιστορίας που έχει στη μνήμη του ο

θεραπευόμενος, στην αποκάλυψη του τι είδε και βίωσε, ενώ ο θεραπευτής ακούει με πλήρη προσοχή, χωρίς να ερμηνεύει, να κρίνει ή να αξιολογεί και με τη διαδικασία να επαναλαμβάνεται όσες φορές χρειαστεί, μέχρι το άτομο να έχει ανακαλέσει με κάθε λεπτομέρεια όλα τα στοιχεία που του προκαλούν συναισθηματική δυσφορία. Στα παιδιά, η διαδικασία συνήθως είναι ποιο σύντομη (30-60 λεπτά) και ίσως χρησιμοποιηθούν μορφές τέχνης ή χειροτεχνίες ώστε να αντέξουν την διαδικασία. Η εμφανής αποτελεσματικότητα της θεραπείας, όπως περιγράφεται αναλυτικά στη συγκεκριμένη μελέτη, υπόσχεται πολλά αναφορικά με τη θεραπεία του τραύματος των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Παρόλο που η βιβλιογραφία σχετικά με τη θεραπεία του τραύματος στους προσφυγικούς πληθυσμούς μαρτυρά μία προκατάληψη ενάντια στη χρήση ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων (Roth & Fonagy, 2005; Schottenbauer, Glass, Arnkoff & Gray), τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν το αντίθετο (Garland, 1998), καθώς μία σχεσιακή ψυχοδυναμική προσέγγιση εκτός του ότι παρέχει ένα υποστηρικτικό θεραπευτικό δυναμικό, συγκλίνει με τον παγκόσμιο σχεσιακό προσανατολισμό, που είναι χαρακτηριστικός στα πολιτιστικά πλαίσια από τα οποία προέρχονται τα παιδιά αυτά. Το 2014, η Katsounari εφάρμοσε επιτυχώς μία σχεσιακή ψυχοδυναμική θεραπεία για έναν ασυνόδευτο ανήλικο που υπέφερε από σοβαρό τραύμα. Ωστόσο, παρόλο που τα αποτελέσματα της θεραπείας ήταν ελπιδοφόρα και η βελτίωση στη λειτουργικότητα του παιδιού ήταν σημαντική κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης, η μακροχρόνια επίδραση της θεραπείας δεν εξετάστηκε σε αυτή τη μελέτη περίπτωσης και επομένως, η βιωσιμότητα αυτής της βελτίωσης στη λειτουργικότητα του παιδιού δεν επιβεβαιώθηκε.

3.5. Οι κοινωνικές υπηρεσίες – μορφές φροντίδας.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι κοινωνικοί λειτουργοί κατέχουν βασικό ρόλο στην έρευνα, στην πρακτική ενασχόληση και στην ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών αναφορικά με τους ασυνόδευτους ανήλικους (Carlson, Cacciatore & Klimek, 2012).

Όπως αναφέρουν οι Montgomery, Rousseau & Shermarke (2001), λόγω της απουσίας άμεσης οικογένειας, οι κοινωνικές υπηρεσίες, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι πόροι τοποθέτησης συχνά αποτελούν το πρωταρχικό και μοναδικό δίκτυο υποστήριξης και παρέμβασης για τους ασυνόδευτους ανήλικους, ενώ αρκετοί κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται απογοητευμένοι, καθώς δεν είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν παρεμβάσεις ατομικές, αλλά και οικογενειακές, από τη στιγμή που κάτι τέτοιο προϋποθέτει περισσότερο

χρόνο, τον οποίο δεν διαθέτουν. Επιπλέον, οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν παράλληλα να αποτελέσουν και παράγοντες κινδύνου (π.χ. η δυσκολία ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης με άτομα άγνωστα), ενώ διαφορές στην προσωπικότητα, στη συμπεριφορά και περιπτώσεις κακομεταχείρισης των ασυνόδευτων ανήλικων ίσως να αυξήσουν την ευαλωτότητά τους.

Στην έρευνά τους οι Eide & Hjern (2013), διαπίστωσαν ότι υπάρχει ποικιλία στις μορφές φροντίδας των ασυνόδευτων ανηλίκων στην Ευρώπη και ότι όλες οι χώρες δίνουν προτεραιότητα στα παιδιά, παρά στους ενήλικες, με γνώμονα τη Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, η οποία υποχρεώνει την κυβέρνηση της κάθε χώρας (που έχει υπογράψει) να παρέχει την κατάλληλη προστασία και ανθρωπιστική βοήθεια στα παιδιά που αιτούνται άσυλο, είτε είναι ασυνόδευτα είτε όχι. Συγκεκριμένα, στη Νορβηγία υπάρχει διάκριση μεταξύ των παιδιών που είναι κάτω των 15 ετών και των μεγαλύτερων, με τις υπηρεσίες προστασίας και τα κέντρα φροντίδας του παιδιού να είναι υπεύθυνες για την πρώτη ομάδα και με τα κέντρα υποδοχής που διοικούνται από τις πολιτειακές αρχές για τη μετανάστευση (UDI) να είναι υπεύθυνα για τη δεύτερη ομάδα. Επιπλέον, στη Σουηδία, οι δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες παρέχουν φροντίδα για όλους τους ανήλικους κάτω των 18 ετών, τόσο εκείνων που αιτούνται άσυλο, όσο και εκείνων στους οποίους έχει εγγυηθεί άσυλο. Τέλος, σύμφωνα με τον Sourander (1998), παρόλο που η Φιλανδία έχει κυρώσει τη σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού, παρατηρείται πως οι νομικές διατάξεις της Πρόνοιας για τα παιδιά και τους νέους έρχονται σε αντίθεση με τους νομικούς στόχους του ασύλου περί αλλοδαπών. Για ηθικούς και νομικούς λόγους, λοιπόν, η παρούσα κατάσταση όπου οι ασυνόδευτοι ανήλικοι τοποθετούνται στα κέντρα φροντίδας, χωρίς καμία ψυχολογική πρόληψη ή πρόγραμμα αποκατάστασης και με ένα ανεπαρκές προσωπικό δεν δικαιολογείται, καθώς ένα ασυνόδευτο παιδί θα πρέπει πάντα να προστατεύεται σύμφωνα με τις προδιαγραφές για τη φροντίδα του παιδιού και το καθεστώς πρόσφυγα/αλλοδαπού να έρχεται σε δεύτερη μοίρα (Jockenhovel-Schiecke, 1990).

Συνεπώς, προκειμένου να αφυπνισθούν οι ικανότητες του ανήλικου, θα πρέπει να εντοπιστούν και να δημιουργηθούν ατομικοί αλλά και περιβαλλοντικοί προστατευτικοί παράγοντες, που θα προωθήσουν την ανθεκτικότητα και που θα τροποποιήσουν τις καθυστερημένες επιπτώσεις των τραυματικών αναμνήσεων, μέσω αποτελεσματικών στρατηγικών διαχείρισης και μέσω μιας σταθεροποιητικής ψυχοκοινωνικής φροντίδας (Eide & Hjern, 2013).

3.6. Εκπαίδευση.

Όσον αφορά την πρόσβαση στην εκπαίδευση, οι Montgomery, Rousseau & Shermarke (2001), αναφέρουν ότι οι κοινωνικές υπηρεσίες, τα δίκτυα τοποθέτησης και ειδικά το εκπαιδευτικό σύστημα διευκολύνουν (τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο) την εγκατάσταση των ασυνόδευτων ανήλικων, εξαλείφουν τα εμπόδια του αποκλεισμού και τους αποσπούν από την σκληρότητα της προσαρμογής. Ωστόσο, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στον εκπαιδευτικό τομέα, λόγω των προ-μεταναστευτικών εμπειριών τους (καθώς λόγω πολέμου η εκπαίδευσή τους διεκόπη και συχνά δεν διαθέτουν τις απαραίτητες γλωσσικές ικανότητες για να ενσωματωθούν άμεσα στις τάξεις), αλλά και λόγω της ύπαρξης στερεοτύπων και προκαταλήψεων στο σχολικό πλαίσιο, που τείνουν να ενισχύουν μία αρνητική εικόνα και να αποτελούν εμπόδιο στην ενσωμάτωσή τους. Συνεπώς, η προτεραιότητα του σχολείου θα πρέπει να συνίσταται στην ενημέρωση και την αφύπνιση σχετικά με τις ιστορίες ζωής, τις ανάγκες και τις συναισθηματικές επιπτώσεις της απώλειας και του θανάτου (μελών της οικογένειας) που έχουν βιώσει τα συγκεκριμένα παιδιά.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Eide & Hjern (2013), η επαρκής σχολική εκπαίδευση, μέσω παροχής ενός δομημένου πλαισίου καθημερινών δραστηριοτήτων, μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση και την ψυχοκοινωνική ευμάρεια του παιδιού. Συγκεκριμένα, βοηθά τους ανήλικους να μάθουν την γλώσσα, να εγκαθιδρύσουν τους καθημερινούς ρυθμούς μιας συνηθισμένης ζωής, να βιώσουν μία αίσθηση σκοπού και κατεύθυνσης και να ανοικοδομήσουν το δίκτυο των συνομηλίκων τους (Wade, Mitchell & Baylis, 2005). Επιπλέον, η ψυχοκοινωνική εργασία με τους ανήλικους μπορεί να χτίσει σχέσεις εμπιστοσύνης και φροντίδας με τα παιδιά αυτά, να δημιουργήσει ένα δομημένο πλαίσιο της καθημερινότητάς τους και να τους μάθει να επικεντρώνονται λιγότερο στους κινδύνους και την θυματοποίηση και περισσότερο στο να προάγουν μια θετική ανάπτυξη της ζωής τους, κάτι το οποίο φυσικά προϋποθέτει μία πλήρη κατανόηση των παιδιών εκ μέρους των κοινωνικών λειτουργών. Ωστόσο, ένα σημαντικό εμπόδιο είναι οι χαμηλοί προϋπολογισμοί στο πλαίσιο δημοσιονομικών περιορισμών, που ίσως και να οδηγήσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς να αισθανθούν ενοχή και να αμφισβητήσουν την ικανότητά τους να παρέμβουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Montgomery, Rousseau & Shermarke, 2001).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.

Έχοντας παρουσιάσει κάποια δημογραφικά στοιχεία των χωρών προέλευσης και υποδοχής, την αιτιολογία των ψυχικών προβλημάτων, καθώς και παρεμβάσεις στοχευμένες στην επίτευξη της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των ασυνόδευτων ανηλίκων, γίνεται σαφές και ξεκάθαρο πως πρόκειται για ένα θέμα ευαίσθητο, που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και εξειδικευμένης παρέμβασης. Συνεπώς, θα γίνει αναφορά σε κάποιες κατευθυντήριες οδηγίες και προτάσεις προς τους κλινικούς που δουλεύουν με τα παιδιά αυτά.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την έρευνα της Katsounari (2014), οι κλινικοί που δουλεύουν με ασυνόδευτους ανήλικους θα πρέπει να προετοιμαστούν να αντιμετωπίσουν πολυάριθμα εμπόδια, όπως την υποβόσκουσα ένταση της διαδικασίας της μετανάστευσης, των πολιτικών ασύλου και των πολιτικών προστασίας του παιδιού και την αδύναμη συνεργασία των ανεπαρκών πηγών προστασίας και βοήθειας των ασυνόδευτων ανηλίκων.

Όσον αφορά τα παιδιά θα πρέπει να είναι ενημερωμένα, να έχουν συμβουλευτεί και να έχουν την ευκαιρία να σκεφτούν προσεχτικά τις επιλογές τους πριν τη λήψη αποφάσεων που θα έχουν σημαντική επίδραση στις ζωές τους, αλλά και να τους παραχθεί η αποτελεσματική πρόσβαση σε ποιοτική νόμιμη βοήθεια, ενώ η ομαδική θεραπεία (λίγων ατόμων) αποδεικνύεται αποτελεσματική στην οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης του παιδιού με τα άλλα παιδιά και την αποκάλυψη του προσωπικού τους «υλικού» σε ένα ασφαλές και οικείο για αυτά περιβάλλον (Mehraby, 2002).

Επιπλέον είναι απαραίτητη η διατήρηση των κατάλληλων θεραπευτικών ορίων, ειδικά όταν η υπόθεση περιλαμβάνει παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ή άλλες φρικαλεότητες που πιθανόν να προκαλέσουν ισχυρές αντιδράσεις μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, αλλά και δευτερογενή θυματοποίηση, ενώ οι κλινικοί θα πρέπει να αναζητούν εποπτεία για να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, την επαγγελματική και συναισθηματική εξουθένωση και για να μάθουν τεχνικές αυτοπροστασίας.

Συνεπώς οι κλινικοί που δουλεύουν σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει να είναι ευέλικτοι, να παρέχουν εξατομικευμένες προσεγγίσεις λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο του ατόμου και τις προσωπικές του εμπειρίες και να έχουν επίγνωση των δικών τους υποσυνείδητων πολιτικοκοινωνικών αξιών, ιδιαίτερα όσον αφορά τα παιδιά που ήρθαν αντιμέτωπα με διωγμούς, ένοπλες διαμάχες και βασανισμούς.

Συμπερασματικά, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι συνιστούν μία ομάδα ατόμων υψηλής ευαλωτότητας, τόσο λόγω της ανηλικότητάς τους, η οποία μάλιστα έχει πληγεί από δυσβάσταχτες -για ένα παιδί- τραυματικές εμπειρίες, όσο και λόγω της ανυπαρξίας ενός κηδεμόνα ή φροντιστή, γεγονός που σε συνδυασμό με την έλλειψη επαρκών χώρων υποδοχής, τους καθιστά «εύκολους» στόχους εκμετάλλευσης από κυκλώματα εμπορίας ανθρώπων.

Σε αυτό, λοιπόν, το σημείο έγκειται και η αδυναμία της πολιτείας να εφαρμόσει επαρκείς μηχανισμούς προστασίας των ανηλίκων και καταστολής των παράνομων κυκλωμάτων που δρουν αφανώς, με αποτέλεσμα να καταλύεται κάθε ανθρώπινο δικαίωμα και συνεπώς να ακυρώνεται έμμεσα και η σημασία της υπογραφής συνθηκών και συμβάσεων προστασίας των δικαιωμάτων των παιδιών αυτών.

Συνεπώς, η εκάστοτε χώρα θα πρέπει να λάβει έναν ενεργό ρόλο στην υλοποίηση δράσεων υποδοχής και προστασίας των ασυνόδευτων ανηλίκων, πράγμα το οποίο μέχρι στιγμής φαίνεται να αποτελεί πρωτοβουλία εθελοντικών, μη κυβερνητικών οργανώσεων και φορέων οι οποίοι αναλαμβάνουν να παράσχουν στα παιδιά αυτά όχι μόνο ψυχοκοινωνική φροντίδα, αλλά και την ελπίδα για ένα καλύτερο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adelman, H., & Lanphier, C. M. (1984). *Unaccompanied Children in Emergencies: The Canadian Experience.* Toronto: York University Press.

Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse & Neglect, 21*(4), 351-366.

Bean, T. M., Eurelings-Bontekoe, E., & Spinhoven, P. (2007). Course and predictors of mental health of unaccompanied refugee minors in the Netherlands: One year follow-up. *Social Science & Medicine, 64*, 1.204–1.215.

Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Administration and policy in mental health & mental health services research, 33*, 342-255.

Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child & Family Psychology Review, 14*(1), 44-56.

Carlson, B. E., Cacciatore, J., & Klimek, B. (2012). A Risk and Resilience Perspective on Unaccompanied Refugee Minors. *Social Work, 57*(3), 259-269.

Chen, Y. J. (1997). *A study on the parent's decision-making behaviors for the education of the young overseas students.* Unpublished master's thesis, National Normal University of Taiwan, Taipei, Taiwan.

Cheng, C. H. (1994). *Assessment of depression and risk factors among adolescent Chinese immigrants: A comparative study of accompanied and unaccompanied minors*.

Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology-Los Angeles, Los Angeles, CA.

Ciarrochi, J., Deane, F., Wilson, C., & Rickwood, D. (2002). Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: The relationship between low emotional competence and low intention to seek help. *British Journal of Guidance and Counselling, 30,* 173-188.

Crawley, H. (2007). *When is a child not a child? Asylum, age disputes and the process of age assessment.* London: Immigration Law Practitioners' Association.

Crowley, C. (2009). The mental health needs of refugee children: A review of literature and implications for nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 21,* 322–331.

DEI, 2008. *Droits de l'enfant en France: Au pied du mur*. Saint Denis, France: DEI.

Department for Children, Schools and Families (2010). *Planning transition to adulthood for looked after children: Including guidance on the amended children (Leaving Care) (England) regulations 2001.* London: Department for Children, Schools and Families.

Department of Health, (2003). *Guidance on accommodating children in need and their families. Local Authority Circular, LAC(2003)13, 2nd June 2003.* London: Department of Health.

Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44,* 291–297.

Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12*(2), 141-162.

Descilo, T., Greenwald, R., Schmitt, T. A., & Reslan, S. (2010). Traumatic Incident Reduction for Urban At-Risk Youth and Unaccompanied Minor Refugees: Two Open Trials. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 3,* 181–191.

Dorling, K. (2009). *Seeking support: A guide to the rights and entitlements of separated refugee and asylum seeking children* : The Children's Legal Center, (available from) http://www.childrenslegalcentre.com

Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2016). Στατιστικά α' τριμήνου 2016 Ιανουάριος-Φεβρουάριος-Μάρτιος. Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2016, από ιστοσελίδα http://www.ekka.org.gr/portal_docs/news/391.pdf

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 319–345.

Ehntholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47,* 1.197-1.210.

Eide, K., & Hjern, A. (2013). Unaccompanied refugee children – vulnerability and agency. *Acta Paediatrica, 102,* 666-668.

El Yessa, A. (2009). *Le retour des réfugiés mauritaniens au Sénégal et au Mali, vingt ans après la crise de 1989 [The return of Mauritanian refugees to Senegal and Mali, 20 years after the 1989 crisis]*. CARIM Rapport de recherche 2009/11, European University Institute, Robert Schuman Centre for Advanced Studies, San Domenico di Fiesole, Italy.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. Norton, New York.

Eth, S., & Pynoos, R. S. (1985). Interaction of trauma and grief in childhood. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Post-traumatic and stress disorder in children*, (pp. 168-186). Washington DC: American Psychiatric Press.

Eurostat, (2016). Asylum applicants considered to be unaccompanied minors. Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2016, από ιστοσελίδα http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7244677/3-02052016-AP-EN.pdf/19cfd8d1-330b-4080-8ff3-72ac7b7b67f6

Fazel, M., & Stein, A. (2002). Review: The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood, 87,* 366–370.

Felsman, J. K., Leong, F. T. L., Johnson, M. C., & Felsman, I. C. (1990). Estimates of psychological distress among vietnamese refugees; adolescents, unaccompanied minors and young adults. *Social Science & Medicine, 31*(11), 1.251-1.256.

Forden, R. W. (1990). Taiwan's “Little overseas students”. *NAFSA Newsletter, 41,* 7–10.

Garland, C. (1998). *Understanding trauma: A psychoanalytic approach*. New York, NY: Duckworth.

Garmezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (2nd ed., pp. 152-176). Oxford, England: Blackwell.

Geltman, P. L., Grant-Knight, W., Ellis, H., & Landgraf, J. M. (2008). The ‘‘Lost Boys’’ of Sudan: Use of Health Services and Functional Health Outcomes of Unaccompanied Refugee Minors Resettled in the U.S. *Journal of Immigrant and Minority Health, 10,* 389-396.

Giving for Greece, (2016). Θεματικό πρόγραμμα για τα ασυνόδευτα παιδιά/πρόσφυγες. Μια πρόταση από το Giving for Greece του Ιδρύματος Μποδοσάκη. Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2016, από ιστοσελίδα http://www.giving.org.gr/wp-content/uploads/2016/01/UAM_FUND_Website-GR_23Feb2016.pdf

Goodman, J.H. (2004) Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research, 14,* 1.177–1.196.

Grover, S. (2006). Denying the Right of Trafficked Minors to be Classed as Convention Refugees: The Canadian Case Example. *The International Journal of Children's Rights, 14*(3), 235-249.

Hacking, I. (2010). Pathological withdrawal of refugee children seeking asylum in Sweden. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 41,* 309–317.

Hartar, S. (1990). Self and Identity Development. In: *At the Threshold –The Developing Adolescent* (eds S.S. Feldman & G.R. Elliott). Harvard University Press, London.

Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children. Associations with pre-migration trauma and post-migration stress. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(6), 373-380.

Hjern, A., & Angel, B. (2000). Organized violence and mental health of refugee children in exile: a six-year follow-up. *Acta Pediatrica, 89,* 722-727.

Hjern, A., Angel, B., & Jeppson, O. (1998). Political violence, family stress and mental health of refugee children in exile. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 26*(1), 18-25.

Hjern, A., Angel, B., & Hojer, B. (1991). Persecution and behavior: a report of refugee children from Chile. *Child Abuse & Neglect, 15,* 239-248.

Hodes, M. (2000). Psychologically Distressed Refugee Children in the United Kingdom. *Child Psychology & Psychiatry Review*, *5*(2), 57-68.

Hwang, H. T., & Watanabe, T. H. (1990). *Little overseas students from Taiwan: A look at the psychosocial adjustment issues.* Unpublished master's thesis, University of California at Los Angeles, Los Angeles, CA.

Jockenhovel-Schiecke, H. (1990). Safe shelter found? Unaccompanied refugee children in Western European countries. In H. Jockenhovel-Schiecke (Ed.), *Unaccompanied refugee children in Europe* (pp. 10-24). Frankfurt, Germany: International Social Service, German Branch.

Kamyab, S., & Wallin, U. (1988). *I vantan pa frihet. Norrkoping: Statens Invandrarverk* (Waiting for freedom). Sweden: Swedish National Board of Immigration.

Katsounari, I. (2014). Integrating Psychodynamic Treatment and Trauma Focused Intervention in the Case of an Unaccompanied Minor With PTSD. *Clinical Case Studies*, *13*(4), 352-367.

Keilson, H., & Sharpati, R. (1979). *Sequentielle Traumatiserung bei Kindern.* Enke Verlag, Stuttgart.

Kinzie, J. D., Sack, W., Angell, R., Clarke, G., & Ben, R. (1989). A three-year follow-up of cambodian young people traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *28*(4), 501-504.

Kuo, S. Y. (1991). *Research on Taiwanese unaccompanied minors in the United States.* Taipei, Taiwan: The Institute of American Culture, Academia Sinica.

Kuo, B. C. H., & Roysircar, G. (2006). An exploratory study of cross-cultural adaptation of adolescent Taiwanese unaccompanied sojourners in Canada. *International Journal of Intercultural Relations, 30,* 159-183.

Lay, M., & Papadopoulos, I. (2009). Sexual maltreatment of unaccompanied asylum-seeking minors from the Horn of Africa: A mixed method study focusing on vulnerability and prevention. *Child Abuse & Neglect, 33*(10), 728-738.

Lin, J. C. H. (1998). *In pursuit of education: Young Asian students in the United States.* Pacific Asia Press.

Loughry, M., & Flouri, E. (2001). The behavioral and emotional problems of former unaccompanied refugee children 3–4 years after their return to Vietnam. *Child Abuse & Neglect, 25,* 249-263.

Luster, T., Qin, D., Bates, L., Rana, M., & Lee, J. A. (2010). Successful adaptation among Sudanese unaccompanied minors; Perspectives of youth and foster parents. *Childhood, 17*(2), 197-211.

Masser, D. S. (1992). Psychosocial Functioning of Central American Refugee Children. *Child Welfare, 71*(5), 439-456.

McCallin, M. (1992). *Living in Detention: A Review of the Psychosocial Well-Being of Vietnamese Children in the Hong Kong Detention Centres.* Geneva: International Catholic Child Bureau.

McCloskey, L. A., & Southwick, K. (1996). Psychosocial problems in refugee childrem exposed to war. *Pediatrics, 97*(3), 394-397.

McKelvey, R. S., & Webb, J. A. (1995). Unaccompanied status as a risk factor in Vietnamese Amerasians. *Social Science & Medicine,41*(2), 261-266.

Mehraby, N. (2002). Unaccompanied child refugees: A group experience. *Psychotherapy in Australia, 8,* 30-36.

Mollica, R. F., Poole, C., Son, L., Murray, C. C., & Tor, S. (1997). Effects of war trauma on cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(8), 1.098-1.106.

Mollica, R. F., Wyshak, G., & Lavells, J. (1987). The psychosocial impact of war trauma and torture on Southeast Asian refugees. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 144,* 1.567-1.572.

Montgomery, C., Rousseau, C., & Shermarke, M. (2001). Alone in a Strange Land: Unaccompanied Minors and Issues of Protection. *Canadian Ethnic Studies Journal, 33*(1).

OFPRA, 2009. *Rapport d'activité 2008 [Activity report 2008]. Available from http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/094000149/0000.pdf.* Paris: OFPRA.

O'Shea, B., Hodes, M., Down, G., & Bramley, J. (in press). A school based mental health service for distressed refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*.

Parker, R. (1991). The Senegal-Mauritania conflict of 1989: A fragile equilibrium. *Journal of Modern African Studies, 29*(1), 155–171.

Ρετινιώτη, Ν. (2015). Ιατροφαρμακευτική & Ψυχοκοινωνική Φροντίδα νεοαφιχθέντων ασυνόδευτων ανηλίκων στα νησιά του Βορειοανατολικού Αιγίου – Καλές πρακτικές υποδοχής. Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2016, από ιστοσελίδα http://www.firstreception.gov.gr/PRImages/EditorImages/RETINIOTI_NANCY_MEDECINSDUMONDE_LECTURE_FRS_1.22.15revised.pdf

Raghallaigh, M. N., & Gilligan, R. (2010). Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion. *Child and Family Social Work, 15,* 226–237.

Reed, R. V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet, 379,* 250–265.

Roscam-Abbing, H. D. C. (2011). Age Determination of Unaccompanied Asylum Seeking Minors in the European Union: A Health Law Perspective. *European Journal of Health Law, 18,* 11-25.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.

Rousseau, C., Drapeau, A., & Rahimi, S. (2003). The complexity of trauma response; a 4-year follow-up of adolescent Cambodian refugees. *Child Abuse and Neglect, 27,* 1.277-1.290.

Rousseau, C., Drapeau, A., & Platt, R. (1999). Family Trauma and Its Association With Emotional and Behavioral Problems and Social Adjustment in Adolescent Cambodian Refugees. *Child Abuse and Neglect, 23*(12), 1.263-1.273.

Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I) Epidemiologic Findings in Two Generations of Cambodian Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*(7), 387-395.

Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical Psychology Review, 22,* 163-188.

Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Gray, H. F. (2008). Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry, 71*, 13-23.

Schreier, T. (2011). Critical Challenges to Protecting Unaccompanied and Separated Foreign Children in the Western Cape: Lessons Learned at the University of Cape Town Refugee Rights Unit. *Refuge, 28*(2), 61-75.

Seglem, K. B., Oppedal, B., & Raeder, S. (2011). Predictors of depressive symptoms among resettled unaccompanied refugee minors. *Scandinavian Journal of Psychology, 52,* 457-464.

Sena-Rivera, J. (1981). Victimization Therapy and the Hispanic Client. *Migration Today, 9*(2), 14-18.

Smid, G. E., Lensvelt-Mulders, G. J. L. M., Knipscheer, J. W., Gersons, B. P. R., & Kleber, R. J. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*(5), 742–755.

Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect, 22*(7), 719-727.

Stanley, K. (2001). *Cold comfort: Young separated refugees in England.* London: Save the Children.

Statens Invandrarverk (1991). *Statistik 4: Den utomnordiska invandringen 1991* (Swedish National Board of Immigration, Statistics: The nonscandinavian immigration 1991). Norrkoping : Statens Invandrarverk.

Tanon, F., & Sow, A. (2013). Unaccompanied Young Migrants from Africa: The Case of Mauritania. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 648*(1), 189-203.

Tanon, F., & Sow, A. (2010). La migration des mineurs Mauritaniens: Entre arguments culturels et logiques souterraines [Mauritanian minor migration: Between cultural arguments and underground dynamics]. *Migrations Société, 22*(129-130), 207–226.

Terr, L. C. (1991). Childhood trauma. An outline and overview. *American Journal of Psychiatry, 148*, 10-20.

Thabet, A. A., & Vostanis, P. (2000). Post traumatic stress-disorder reactions in children of war: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 24*(2), 291–298.

Thommessen, S., Laghi, F., Cerrone, C., Baiocco, R., & Todd, B. K. (2013). Internalizing and externalizing symptoms among unaccompanied refugee and Italian adolescents. *Children and Youth Services Review, 35*, 7–10.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2000). *The state of the world's refugees: Fifty years of humanitarian action.* Oxford: Oxford University Press.

UNHCR, (1997). Guidelines on Policies and Procedures in dealing with Unaccompanied Children Seeking Asylum. Ανακτήθηκε 18 Αυγούστου 2016, από ιστοσελίδα http://www.unhcr.org/3d4f91cf4.pdf

Vervliet, M., Meyer-Demott, M. A., Jakobsen, M., Broekaert, E., Heir, T., & Derluyn, I. (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology, 55*, 33-37.

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2014). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry, 23,* 337–346.

Wade, J. (2011). Preparation and transition planning for unaccompanied asylum-seeking and refugee young people: A review of evidence in England. *Children and Youth Services Review, 33,* 2.424-2.430.

Wade, J., Mitchell, F., & Baylis, G. (2005). *Unaccompanied asylum seeking children. The response of social work services.* London: BAAF Adoption & Fostering.

Westermeyer, J. (1991). Psychiatric services for refugee children. In F. Ahearn & J. L. Athey (Eds.), *Refugee children. Theory, research and services* (pp. 127-162). Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

Wouk, J., Yu, S., Roach, L., Thomson, J., & Harris, A. (2006). Unaccompanied/Separated Minors and Refugee Protection in Canada: Filling Information Gaps. *Refuge, 23*(2), 125-138.

Ying, Y. (2001). Migration and cultural orientation: An empirical test of the psychoanalytical theory in Chinese Americans. *Journal of Applied Psychoanalytical Studies, 3,* 409–430.

Yohani, S. (2010). Nurturing hope in refugee children during early years of post-war adjustment. *Children and Youth Services Review, 32,* 865–873.