



EU-MiCare

Εκπαίδευση των Εργαζομένων στον Τομέα της Υγείας στην ΕΕ
με Στόχο τη Βελτίωση της Φροντίδας Ψυχικής Υγείας
Μεταναστών και Προσφύγων

Εισαγωγή στο Πρόγραμμα Κατάρτισης EU-MiCare

Το πρόγραμμα κατάρτισης EU-MiCare και το συνοδευτικό εκπαιδευτικό υλικό έχουν αναπτυχθεί με τη μέγιστη προσοχή και βασίζονται σε αξιόπιστες πηγές πληροφοριών. Εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά, όλα τα στοιχεία του προγράμματος είναι ακριβή και επικαιροποιημένα έως τις 31/12/2024. Μετά την ημερομηνία αυτή, ενδέχεται να μην υπάρχουν διαθέσιμες ενημερώσεις.



Με τη συγχρηματοδότηση
της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ωστόσο, οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται είναι αποκλειστικά του/των συγγραφέα/-έων και δεν αντανακλούν κατ' ανάγκη τις απόψεις και τις γνώμες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του Ευρωπαϊκού Εκτελεστικού Οργανισμού Εκπαίδευσης και Πολιτισμού (EACEA). Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση ούτε ο EACEA μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι γι' αυτές.

Αυτό το έργο διατίθεται με άδεια χρήσης
[Creative Commons Αναφορά-Μη Εμπορική Χρήση 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)
(CC-BY-NC 4.0).

Εκδόθηκε τον Δεκέμβριο του 2024 από το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ/ Συν-Ειρμός-ΑμΚΕ Κοινωνικής
Αλληλεγγύης, με τη συνεργασία όλων των εταίρων του έργου, ως μέρος του Πακέτου Εργασίας n°3 –
Μεθοδολογία και Πρόγραμμα Κατάρτισης του EU-MiCare.

Καλώς ήλθατε στο e-learning πρόγραμμα EU-MiCare!

Αυτή η σειρά μαθημάτων είναι το αποτέλεσμα μιας συλλογικής προσπάθειας με τη συμμετοχή εταίρων από τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Ισπανία και την Κύπρο. Έχει σχεδιαστεί για να υποστηρίζει επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό στην εργασία του με μετανάστες και πρόσφυγες, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο και αξιόπιστο πλαίσιο που συνδυάζει θεωρητικές γνώσεις με πρακτικές εφαρμογές. Μέσα από την εξερεύνηση βασικών ψυχοκοινωνικών διαστάσεων, η επιμόρφωση αυτή αποσκοπεί στην εμβάθυνση της κατανόησης της μετανάστευσης ως μιας σύνθετης και πολυδιάστατης εμπειρίας.

Κατανοώντας τη μεταναστευτική συνθήκη

Με τον όρο «μετανάστευση» δεν εννοούμε απλώς τη διέλευση των συνόρων· πρόκειται για μια εμπειρία βαθιάς αναστάτωσης που διαταράσσει την ταυτότητα, την κοινότητα και την αίσθηση του οικείου χώρου. Οι άνθρωποι μεταναστεύουν για διάφορους λόγους – κάποιοι αναζητούν καλύτερες ευκαιρίες, άλλοι προσπαθούν να ξεφύγουν από συγκρούσεις, διώξεις ή γενικότερα επισφαλείς συνθήκες. Κάθε μεταναστευτικό ταξίδι είναι μοναδικό και οι εμπειρίες των μεταναστών και των προσφύγων κατά την άφιξή τους σε μια νέα χώρα διαφέρουν σημαντικά. Η διαδικασία της μετανάστευσης συνήθως εκτυλίσσεται σε τρία αλληλοσυνδεόμενα στάδια: πριν τη μετανάστευση, κατά τη διάρκεια και μετά. Κάθε ένα από αυτά επιδρά με διαφορετικό τρόπο στην ψυχική υγεία. Οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι γυναίκες, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα, αντιμετωπίζουν πρόσθετες προκλήσεις κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους.

Η προσαρμογή σε μια νέα κουλτούρα (επιπολιτισμός) μπορεί να αποτελέσει έντονη πηγή άγχους, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από εμπειρίες ξеноφοβίας, ρατσισμού ή πίεσης για αφομοίωση. Συχνά, ο προσδιορισμός ενός ατόμου μέσα την ταμπέλα του «μετανάστη» μπορεί να περιπλέξει περαιτέρω την ένταξή του και να εντείνει την ανάγκη για αναζήτηση μιας νέας αίσθησης του ανήκειν. Ωστόσο, παρά τις προκλήσεις, πολλοί μετανάστες και πρόσφυγες επιδεικνύουν αξιοσημείωτη ανθεκτικότητα, επιστρατεύοντας ποικίλες στρατηγικές για να ανταπεξέλθουν –και πολλές φορές να ακμάσουν– παρά τις αντιξοότητες.

Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τις αρνητικές εκβάσεις ψυχικής υγείας, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι η ανάπτυξη ψυχικών προκλήσεων σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς δεν οφείλεται σε έναν μόνο παράγοντα. Αντίθετα, προκύπτει από έναν συνδυασμό στοιχείων όπως το ατομικό ιστορικό ζωής, οι τρέχουσες συνθήκες διαβίωσης, η ύπαρξη ή απουσία κοινωνικής υποστήριξης, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και το ευρύτερο πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον υποδοχής. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών απαιτεί μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που υπερβαίνει την απλή παροχή ψυχολογικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών προστασίας. Απαραίτητη είναι η εφαρμογή διεπιστημονικών, πολυεπίδεδων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη τους ευρύτερους κοινωνικούς και συστημικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία.

Ιδιαίτερα τους πρόσφυγες, η ακούσια απώλεια του οικείου χώρου τους αποτελεί συχνά τον πυρήνα της εμπειρίας του εκτοπισμού – ένα κοινό νήμα που συνδέει όσες και όσους έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τον τόπο τους λόγω διαφόρων αναταραχών. Ακόμα κι αν αυτή η ανάγκη δεν εκφράζεται πάντα με λόγια, η αναζήτηση ενός νέου «οικείου» χώρου συνοδεύει κάθε βήμα του ταξιδιού τους. Ο ρόλος των εργαζομένων στο πεδίο είναι να σταθούν δίπλα τους σε αυτή τη διαδικασία, προσφέροντας στήριξη καθώς πλοηγούνται σε αυτή τη δύσκολη μετάβαση. Αυτό προϋποθέτει να βγει κανείς από τη ζώνη άνεσής του και να εμπλακεί με ουσιαστικό τρόπο με τα άτομα που εξυπηρετεί, αναγνωρίζοντας την ανθρώπινη υπόστασή τους και τη μοναδικότητα της εμπειρίας τους.

Η προσέγγιση της Συνεργικής Θεραπευτικής Πολυπλοκότητας

Η παρούσα εκπαίδευση βασίζεται στην προσέγγιση της Συνεργικής Θεραπευτικής Πολυπλοκότητας όπως διαμορφώθηκε από τον Ρένο Παπαδόπουλο (2024) και δίνει έμφαση σε τρεις βασικές αρχές:

- **Πολυπλοκότητα:** Η συνειδητοποίηση ότι η εμπειρία των μεταναστών και των προσφύγων διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ των ίδιων, εκείνων που τους βοηθούν και του ευρύτερου κοινωνικοπολιτικού πλαισίου. Αυτή η πολυπλοκότητα περιλαμβάνει επίσης την αναγνώριση του πλήρους φάσματος των αντιδράσεων (αρνητικών, ουδέτερων ή

θετικών) που αναπτύσσουν οι άνθρωποι ως απάντηση στις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν.

- **Μοναδικότητα:** Η κατανόηση ότι η εμπειρία κάθε ανθρώπου με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία είναι μοναδική και συνεχώς εξελισσόμενη.
- **Ολότητα:** Η ικανότητα θέασης πέρα από την ιδιότητα / ετικέτα του «μετανάστη» ή του «πρόσφυγα», αναγνωρίζοντας τη συνολική ανθρώπινη υπόσταση κάθε ατόμου και τον ρόλο του ως ενεργού φορέα στη διαμόρφωση της ζωής του.

Ο ρόλος του επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που ασχολείται με τη φροντίδα των ανθρώπων οι οποίοι έχουν αφήσει ακούσια τις πατρίδες τους δεν περιορίζεται στην ανακούφιση του πόνου· περιλαμβάνει και την υπεράσπιση της αξιοπρέπειάς τους, προωθώντας μεγαλύτερη διαφάνεια και ανθρωπιά στους λόγους και τις πρακτικές που τους αφορούν. Αυτό σημαίνει να προσεγγίζουμε τα άτομα με συμπόνια, χωρίς να τα παθολογικοποιούμε ή να εστιάζουμε υπέρμετρα στο «κλινικό» τους προφίλ, και να διασφαλίζουμε ότι η παρεχόμενη ψυχοκοινωνική υποστήριξη παραμένει μια αξιοπρεπής απάντηση που σέβεται της ανάγκες τους. Η συνεργική προσέγγιση μάς καλεί επίσης να αναστοχαστούμε κριτικά πάνω στις δικές μας προκαταλήψεις και πεποιθήσεις, αναγνωρίζοντας ότι οι κυρίαρχες αφηγήσεις και επαγγελματικές πρακτικές μπορεί, άθελά τους, να διαιωνίσουν στερεότυπα ή να αναγάγουν τους ανθρώπους σε υπεραπλουστευμένες κατηγορίες.

Μαθησιακοί στόχοι και προσδοκώμενα αποτελέσματα

Το EU-MiCare προσκαλεί επαγγελματίες και εθελοντές να υιοθετήσουν ένα ανθρωποκεντρικό, ψυχοκοινωνικό πλαίσιο στην εργασία τους με μετανάστες και πρόσφυγες. Μέσα από έναν συνδυασμό θεωρητικών βάσεων, βιωματικών ασκήσεων, αναστοχαστικών δραστηριοτήτων και λειτουργικών πλαισίων εργασίας, όπως το Πλέγμα Αντιξοοτήτων, η Κλίμακα του Οδυσσέα και ο Τροχός Εξουσίας / Προνομίου, τα τέσσερα μαθήματα που εντάσσονται στο πρόγραμμα σπουδών στοχεύουν στην ενίσχυση της ικανότητας των συμμετεχόντων ατόμων να εντοπίζουν και να ανταποκρίνονται στις ποικίλες επιπτώσεις της μετανάστευσης, επιδιώκοντας ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο νοηματοδοτούν το έργο τους.

Τα συμμετέχοντα άτομα θα αποκομίσουν:

- ➔ **Γνώσεις:** Βαθύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της μεταναστευτικής εμπειρίας, εστιάζοντας στις ξεχωριστές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και πρόσφυγες σε διάφορα στάδια του ταξιδιού τους.
- ➔ **Δεξιότητες:** Πρακτικά εργαλεία για την παροχή συμπονετικής και αποτελεσματικής υποστήριξης, περνώντας πέρα από τραυματοκεντρικές προσεγγίσεις, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν το πλήρες φάσμα των αποκρίσεων στις αντιξοότητες.
- ➔ **Στάσεις:** Μια αναστοχαστική, πολιτισμικά ενήμερη οπτική που αγκαλιάζει την πολυπλοκότητα, τη μοναδικότητα και την ολότητα της εμπειρίας κάθε ατόμου.
- ➔ **Διασύνδεση:** Ευκαιρίες συνεργασίας με ένα δίκτυο παρόχων υπηρεσιών και εμπειρογνομόνων από όλη την Ευρώπη, προωθώντας την αλληλεγγύη και τη συνεργατική μάθηση στον τομέα της ψυχικής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων.

Ομάδες στις οποίες απευθύνεται η σειρά μαθημάτων

Οι κύριες επαγγελματικές ομάδες στις οποίες απευθύνεται η σειρά μαθημάτων είναι :

- Επαγγελματίες υγείας (π.χ. ψυχολόγοι, κοινωνικοί/-ές λειτουργοί, ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό) και άλλα εργαζόμενα άτομα στο πεδίο του μεταναστευτικού/προσφυγικού (π.χ. πολιτισμικοί/-ές διαμεσολαβητές/-τριες, διερμηνείς, σύμβουλοι, φροντιστές/-τριες ασυνόδευτων ανηλίκων) σε επαγγελματικά πλαίσια ανά την Ευρώπη όπως κέντρα υποδοχής, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), δημόσιες μονάδες ψυχικής υγείας, δομές φιλοξενίας.
- Πάροχοι Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης (ΕΕΚ), προγραμματιστές/σχεδιαστές ΕΕΚ και ακαδημαϊκά ιδρύματα που θα αξιοποιήσουν και θα προωθήσουν την κατάρτιση.
- Αρμόδιες επαγγελματικές ενώσεις, οργανισμοί δημοσίου ενδιαφέροντος και οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών που ασχολούνται με την υγεία μεταναστών και προσφύγων.

Δομή των μαθημάτων

Το περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών έχει αναπτυχθεί χρησιμοποιώντας συμμετοχικές μεθοδολογίες, ενσωματώνοντας τη συμβολή των εργαζομένων στον τομέα καθ' όλη τη διαδικασία σχεδιασμού της κατάρτισης. Επιπλέον, οι απόψεις ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία (ενηλίκων, οικογενειών και παιδιών) εκπροσωπούνται έμμεσα μέσω της εμπειρίας συνεργαζόμενων εταίρων που παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής αρωγής στους πληθυσμούς αυτούς. Η σειρά των μαθημάτων ακολουθεί μια λογική εξέλιξη από γενικά σε ειδικά θέματα και αποτελείται από τέσσερα (4) μαθήματα και συνολικά δεκαεπτά (17) εκπαιδευτικές ενότητες, με αναλυτικές περιγραφές που παρέχονται ακολούθως. Το Μάθημα 2 και το Μάθημα 3 προσφέρονται σε δύο ξεχωριστές εκδοχές, προσαρμοσμένες σε διαφορετικούς επαγγελματικούς ρόλους.

Μάθημα 1: Βασικά Ζητήματα Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας στο Πλαίσιο της Μετανάστευσης

(Εκτιμώμενη μέση χρονική διάρκεια ολοκλήρωσης του μαθήματος: 13.5 ώρες)

- **Ενότητα 1.1 – Ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο της μετανάστευσης:** Επισκόπηση βασικών εννοιών που θα εμφανίζονται σε όλο το πρόγραμμα σπουδών.
- **Ενότητα 1.2 – Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας:** Οι μη ιατρικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία σε βάθος χρόνου και στη διάρκεια διαφορετικών φάσεων της μετανάστευσης.
- **Ενότητα 1.3 – Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας:** Παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων, συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων ομάδων, όπως οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και τα ΛΟΑΤΚΙ+ άτομα.
- **Ενότητα 1.4 – Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας:** Κύριες θεωρίες και έννοιες του σύνθετου ψυχοκοινωνικού ταξιδιού μεταναστών και προσφύγων.
- **Ενότητα 1.5 – Συνήθειες προκλήσεις ψυχικής υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες:** Επισκόπηση της επιδημιολογίας και των γενικότερων ψυχικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν μετανάστες και πρόσφυγες.

Μάθημα 2: Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανίχνευσης και Εκτίμησης Αναγκών Ψυχικής Υγείας

Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία

(Δύο ξεχωριστές εκδοχές: Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας, Άλλοι Επαγγελματίες)

(Εκτιμώμενη μέση χρονική διάρκεια ολοκλήρωσης του μαθήματος: 12.5 ώρες)

- **Ενότητα 2.1 – Κατανόηση της επίδρασης της κουλτούρας στην ψυχική υγεία:** Η σχέση μεταξύ κουλτούρας και ψυχικής υγείας.
- **Ενότητα 2.2 – Διαθεματικές προσεγγίσεις στα πεδία της μετανάστευσης και της ψυχικής υγείας:** Μετανάστευση και ευεξία μέσα από το πρίσμα της διαθεματικότητας.
- **Ενότητα 2.3 – Διαδικασίες ανίχνευσης και εκτίμησης ψυχικών προκλήσεων σε μετανάστες και πρόσφυγες:** Επισκόπηση πολιτισμικά ευαίσθητων προσεγγίσεων για τον εντοπισμό αναγκών ψυχικής υγείας.
- **Ενότητα 2.4 – Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας (Α΄ΒΨΥ):** Πώς παρέχεται άμεση στήριξη μετά από μια κρίση.

Εκδοχή για Επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας: Απευθύνεται σε επαγγελματίες που είναι εξοικειωμένοι/-ες με την κλινική ορολογία και εμπλέκονται σε διαδικασίες ανίχνευσης, αξιολόγησης και διάγνωσης ψυχικών προβλημάτων, καθώς και στη χορήγηση αγωγής ή την παροχή θεραπευτικών παρεμβάσεων στους αντίστοιχους χώρους εργασίας τους. Περιλαμβάνει ειδικότητες όπως γιατρούς, ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές/-τριες και νοσηλευτικό προσωπικό.

Εκδοχή για Άλλους Επαγγελματίες και Εθελοντές/-τριες: Απευθύνεται σε επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό εκτός κλινικών πλαισίων που εργάζεται στενά με μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς. Περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, πολιτισμικούς/-ές διαμεσολαβητές/-τριες, διερμηνείς, κοινωνικούς/-ές λειτουργούς, συμβούλους, φροντιστές/-τριες ασυνόδευτων ανηλίκων και εθελοντές/-τριες.

Μάθημα 3: Βελτίωση Δεξιοτήτων Διαχείρισης Αναγκών Ψυχικής Υγείας

Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία

(Δύο ξεχωριστές εκδοχές: Διερμηνείς/Πολιτισμικοί/ές Διαμεσολαβητές/-τριες, Άλλοι Επαγγελματίες)

(Εκτιμώμενη μέση χρονική διάρκεια ολοκλήρωσης της ενότητας: 13,5 ώρες)

- **Ενότητα 3.1 – Αποτελεσματική επικοινωνία:** Τεχνικές υποστηρικτικής και μη βίαιης επικοινωνίας.
- **Ενότητα 3.2 – Πολιτισμική επίγνωση:** Κατανόηση και σεβασμός των πολιτισμικών διαφορών.

- **Ενότητα 3.3 – Συνεργασία για αποτελεσματική διερμηνεία και πολιτισμική διαμεσολάβηση:** Κατευθυντήριες αρχές για αποτελεσματική συνεργασία με διερμηνείς και πολιτισμικούς/-ές διαμεσολαβητές/-τριες.
- **Ενότητα 3.4 – Διεπαγγελματική συνεργασία στην ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη:** Διερεύνηση πολύ-τομεακών προσεγγίσεων στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.
- **Ενότητα 3.5 – Αντιμετώπιση της ειδικής κατάστασης των παιδιών:** Αντιμετώπιση των μοναδικών αναγκών των παιδιών και νέων ανθρώπων στο πεδίο της μετανάστευσης, συμπεριλαμβανομένων των ασυνόδευτων ανηλίκων και των ανηλίκων που έχουν χωριστεί από την οικογένειά τους.

Εκδοχή για Διερμηνείς και Πολιτισμικούς/-ές Διαμεσολαβητές/-τριες: Απευθύνεται σε άτομα υπεύθυνα για τη γεφύρωση πολιτιστικών και γλωσσικών χασμάτων στο έργο με ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία.

Εκδοχή για Άλλους Επαγγελματίες: Απευθύνεται στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό, η δουλειά του οποίου δεν εμπίπτει στα προφίλ που περιγράφονται παραπάνω. Περιλαμβάνει διάφορες ιδιότητες που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες, όπως γιατροί, ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές/-τριες, νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί/-ές λειτουργοί, σύμβουλοι, φροντιστές/-τριες ασυνόδευτων ανηλίκων και εθελοντές/-τριες.

Μάθημα 4: Αυτοφροντίδα και Ευεξία του Προσωπικού

(Εκτιμώμενη μέση χρονική διάρκεια ολοκλήρωσης της ενότητας: 9.5 ώρες)

- **Ενότητα 4.1 – Επιπτώσεις στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο της μετανάστευσης:** Ψυχολογικές συνέπειες της φύσης της εργασίας.
- **Ενότητα 4.2 – Αυτοφροντίδα:** Πρακτικές στρατηγικές για τη διατήρηση της δικής σας ψυχικής υγείας.
- **Ενότητα 4.3 – Φροντίδα προσωπικού:** Υποστήριξη της ευεξίας των συναδέλφων/-ισσών και των μελών της ομάδας στο πλαίσιο της οργάνωσης/του φορέα, με ιδιαίτερη προσοχή στις ιδιαίτερες ανάγκες και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι εθελοντές/-τριες.

Αν και για κάθε μάθημα προτείνεται μια ενδεικτική διάρκεια ολοκλήρωσης, ο απαιτούμενος χρόνος μπορεί να διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Οι συμμετέχοντες/-ουσες ενθαρρύνονται να παρακολουθούν τον δικό τους ρυθμό, προσαρμόζοντας την πορεία τους σύμφωνα με τις προσωπικές τους ανάγκες και τον διαθέσιμο χρόνο. Κάθε μάθημα περιλαμβάνει αναγνώσεις, βίντεο, πολυμεσικούς πόρους και διαδραστικές δραστηριότητες μάθησης.

Αξιολόγηση και πιστοποιητικό ολοκλήρωσης

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται μέσω μιας σειράς ερωτήσεων αξιολόγησης και τεσσάρων (4) βινιετών, καθεμία από τις οποίες αντιστοιχεί σε μία από τις βασικές ενότητες του μαθήματος. Οι βινιέτες βασίζονται σε πραγματικές ιστορίες από το πεδίο και παρουσιάζουν σενάρια που αντανakλούν καταστάσεις τις οποίες ενδέχεται να συναντήσουν επαγγελματίες και εθελοντές στην εργασία τους με μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς. Με την ολοκλήρωση όλων των ενοτήτων και των σχετικών ερωτήσεων αξιολόγησης, τα συμμετέχοντα άτομα θα μπορούν να λάβουν πιστοποιητικό ολοκλήρωσης.

Εργαλεία και μαθησιακά μέσα

- **Θεωρητικές προκείμενες:** Κάθε ενότητα συνοδεύεται από αναλυτική βιβλιογραφία που βασίζεται στην πιο πρόσφατη διεθνή έρευνα για τη φροντίδα μεταναστών και προσφύγων.
- **Αναστοχαστικές ασκήσεις:** Πρακτικές δραστηριότητες σχεδιασμένες για την εμπάθυνση της κατανόησης και την ενίσχυση των δεξιοτήτων στην αντιμετώπιση της ψυχικής υγείας μεταναστών και προσφύγων.
- **Γλωσσάριο:** Ένα περιεκτικό ένθετο στο Αποθετήριο που παρέχει επεξηγήσεις βασικών όρων που σχετίζονται με τη μετανάστευση.
- **Συμπληρωματικό υλικό:** Πρόσθετα εργαλεία –συμπεριλαμβανομένων βίντεο, γραφικών και άλλων χρήσιμων πηγών– διαθέσιμα στο Αποθετήριο (μόνο στην αγγλική γλώσσα).
- **Κοινότητα Γνώσης:** Ένα ανεξάρτητο διαδικτυακό φόρουμ που ενθαρρύνει την ανταλλαγή ιδεών, τη σύνδεση και την καλλιέργεια μιας διαλογικής κοινότητας πρακτικών (community of practice) μεταξύ εκπαιδευόμενων ατόμων από όλη την Ευρώπη.

Εικονίδια eLearning και οπτικοί δείκτες



Αποθετήριο



Καίριο σημείο



(EN)

Βίντεο (διαθέσιμο μόνο στην αγγλική γλώσσα)



Διάλειμμα για αναστοχασμό

Ψυχική υγεία

Ορισμός του όρου που παρέχεται στο γλωσσάριο

Κλείνοντας...

Η μετανάστευση είναι ένα ταξίδι γεμάτο πολυπλοκότητα και μετασχηματισμούς. Το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που υποστηρίζει ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προσπάθεια να ξαναχτιστεί η αίσθηση του οικείου χώρου και του ανήκειν. Με την ολοκλήρωση της εκπαιδευτικής αυτής διαδρομής, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι καλύτερα προετοιμασμένα να ανταποκριθούν με επάρκεια και πολιτισμική ταπεινότητα στις ανάγκες των ανθρώπων που υποστηρίζουν, συμβάλλοντας ουσιαστικά στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής τους φροντίδας.



EU-MiCare
Training the EU Health Workforce to Improve
Migrant and Refugee Mental Health Care

EU-MiCare Curriculum

Colophon

The EU-MiCare course and all learning material contained within have been compiled with the utmost care, based on reliable sources of information. Unless otherwise stated, the data contained in the course curriculum is accurate and up-to-date as of 31/12/2024. Updates to the curriculum may not be made available past this date.



**Co-funded by
the European Union**

Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.



This work is licensed under a
[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0
International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Redacted in January 2025 by **Babel Day Centre** / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, with the collaboration of all project partners, as part of Work Package n°3 – The EU-MiCare Methodology and Training Package.

Colophon

This learning curriculum was created through the collaborative efforts of a diverse team of experts and partner organizations, each contributing their knowledge, skills, and dedication to advancing accessible learning in migrant and refugee mental health.

Lead Partner of the EU-MiCare Methodology & Training Package (WP3):

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**

Collaborating Partner Organizations:

- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Prolepsis Institute** (Institute of Preventive Medicine, Environmental and Occupational Health), Greece
- **Cyprus University of Technology (CUT), Cyprus International Institute for Environmental and Public Health (CII), Cyprus**
- **POLIBIENESTAR – Research Institute on Social Welfare Policy, Universitat de València, Spain**

Curriculum Quality Assurance:

- **Babel Day Centre / Syn-Eirmos NGO of Social Solidarity, Greece**
- **Zadig Srl, società benefit, Italy**
- **Ethno-Medical Center / Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ), Germany**

Content Experts & Researchers:

- **Nikos Gionakis**, MSc, Licensed Psychologist, Scientific Director of Babel Day Centre, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Consultant and Trainer, Greece
- **Erofilis Dagalidi**, MSc, Licensed Psychologist, Researcher and Project Consultant, Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) Expert, Babel Day Centre, Greece
- **Theodora Fetsi**, Project Consultant, Learning and Development (L&D) Coordinator, Babel Day Centre, Greece
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri**, MSc, Political Scientist, Program Officer, Babel Day Centre, Greece
- **Flaminia Bartolini**, PhD, Sociologist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Noemí Alcalá Alcalá**, Licensed Psychologist, Cognitive Behavioral Psychotherapist, Project Manager, Ethno-Medical Center, Germany
- **Matthias Wentzlaff-Eggebert**, Master of Management (Community Management), Community Health and NGO Management Consultant, Ethno-Medical Center, Germany
- **Eva Benelli**, Journalist, Zadig Srl, società benefit, Italy

- **Maria Rosa Valetto**, Physician, Publicist, Scientific Responsible for Learning Projects, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Valeria Confalonieri**, Publicist, Scientific Communication Specialist, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Costas Christophi**, PhD, Associate Professor of Biostatistics and Epidemiology, Adjunct Assistant Professor of Occupational and Environmental Health at Harvard T.H. Chan School of Public Health, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Katerina Kyprianou**, PhD(c), Researcher and Special Scientist, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Magda Anthousi**, MPH, Research Assistant, Cyprus University of Technology, Cyprus
- **Vasiliki (Vicky) Radaios**, MPH, Social Epidemiologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Lidia Bueno-Sánchez**, PhD, Social Worker, Researcher and Project Manager, Polibienestar, Spain
- **Ioanna Zygori**, PhD, Psychologist, Researcher and Project Manager, Prolepsis Institute, Greece
- **Dina Zota**, MSc, PhD, Psychologist-Health Promotion Specialist, Director of Educational Strategy Development & Health Promotion, Prolepsis Institute, Greece
- **Monia Torre**, Cultural Anthropologist, Research Fellow, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Somidha Ray**, MSc, MA, Research Intern, Babel Day Centre, Greece, in collaboration with the University of Essex as part of the MA Refugee Care

Training Methodology:

- **Nikos Gionakis**
- **Theodora Fetsi**
- **Flaminia Bartolini**
- **Dina Zota**

Editorial Team:

- **Nikos Gionakis**
- **Erofili Dagalidi**
- **Theodora Fetsi**
- **Noemí Alcalá Alcalá**
- **Katerina Kyprianou**
- **Vasiliki Radaios**

Translation & Localization:

- **Greek:** Vasiliki Radaios, Chrysa Grigoropoulou, Katerina Kyprianou, Magda Anthousi
- **German:** Noemí Alcalá Alcalá, Kübra Tuncel
- **Italian:** Valeria Confalonieri, Giulia Vismara
- **Spanish:** Lidia Bueno Sánchez

Technical Development:

- **Christian Deligant**, IT Manager and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy
- **Raffaella Daghini**, e-Learning Platform Specialist and Web Editor, Zadig Srl, società benefit, Italy

Steering Committee:

- **Ramazan Salman** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Flaminia Bartolini** (Ethno-Medical Center, Germany)
- **Eva Benelli** (Zadig S.r.l, società benefit, Italy)
- **Vasiliki (Vicky) Tsiligiri** (Babel Day Centre, Greece)
- **Dina Zota** (Prolepsis Institute, Greece)
- **Costas Christophi** (Cyprus University of Technology, Cyprus)

Special Thanks: We extend our heartfelt gratitude to all the stakeholders, including frontline providers who provided valuable feedback throughout the curriculum development process.

For more information or inquiries, please contact info@projectmicare.eu

Μάθημα 1.

Βασικά Ζητήματα

Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας

στο Πλαίσιο της Μετανάστευσης

Την ευθύνη σύνταξης του περιεχομένου του μαθήματος είχαν το **Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»** («Συν-ειρμός» ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Ελλάδα), το **Εθνο-Ιατρικό Κέντρο/ΕΜΖ** (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Γερμανία) και το **Ερευνητικό Ινστιτούτο για την Πολιτική Κοινωνικής Πρόνοιας (POLIBIENESTAR, Πανεπιστήμιο της Βαλένθια – Ισπανία).**

Το **Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»** ανέλαβε την επιστημονική επιμέλεια του συνολικού περιεχομένου του μαθήματος.

Τελευταία ενημέρωση: Δεκέμβριος 2024

- Μάθημα:** 1. Βασικά Ζητήματα Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας στο Πλαίσιο της Μετανάστευσης
- Υπεύθυνοι Εταίροι:** Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»/Συν-ειρμός, EMZ, Polibienestar

Επισκόπηση μαθήματος

Το μάθημα αυτό αποτελεί μια περιεκτική εισαγωγή πάνω στην ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική φροντίδα των ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία. Η ενότητα 1.1 εισάγει τους/τις συμμετέχοντες/-ουσες σε βασικές έννοιες για την ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα πραγματεύεται διαφορετικές διαστάσεις της πολυπλοκότητας της εμπειρίας των μεταναστών και των προσφύγων. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στον ρόλο της κουλτούρας στη διαμόρφωση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Η ενότητα 1.2 εξετάζει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της ψυχικής υγείας και περιγράφει ορισμένους από τους τρόπους με τους οποίους οι κοινωνικές, οικονομικές και διαρθρωτικές ανισότητες επηρεάζουν το ταξίδι της μετανάστευσης και τη διαδικασία επανεγκατάστασης σε έναν νέο τόπο. Ξεκινώντας από μια κοινωνικο-οικολογική προσέγγιση, η ενότητα 1.3 εξετάζει πώς παράγοντες σε ατομικό, οικογενειακό, κοινοτικό και συστημικό/δομικό επίπεδο επηρεάζουν τις εκβάσεις ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στη σημασία της ανθεκτικότητας, με έμφαση στην έννοια της ανάπτυξης που ενεργοποιείται από τις αντιξοότητες. Η ενότητα 1.4 δίνει έμφαση στις συναισθηματικές διαδρομές μεταναστών και προσφύγων πριν, κατά τη διάρκεια, καθώς και μετά τη φυγή τους από τις χώρες καταγωγής τους. Η συγκεκριμένη επισκόπηση μας προσκαλεί να στρέψουμε την προσοχή μας στη σημασία της κατανόησης των διαδικασιών αυτών όχι μόνο ως απάντηση στο τραύμα, αλλά και ως μέρος μιας ευρύτερης ψυχολογικής προσαρμογής στη συνθήκη της μετανάστευσης. Τέλος, η ενότητα 1.5 παρέχει μια λεπτομερή διερεύνηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν συχνά οι μετανάστες και οι πρόσφυγες στον τομέα της ψυχικής υγείας. Δίνει έμφαση στην πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της μεταναστευτικής εμπειρίας και της ψυχικής υγείας, αναγνωρίζοντας ότι η έκθεση σε διαφορετικούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες (συμπεριλαμβανομένων παραγόντων στην κοινωνία υποδοχής ή στο πλαίσιο μετεγκατάστασης) μπορεί να συμβάλλει στην ανάδυση ψυχικών προκλήσεων. Μέσα από το μάθημα αυτό, τα συμμετέχοντα άτομα θα εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους και θα εξοπλιστούν με πρακτικές στρατηγικές για την αναγνώριση των λεπτών αποχρώσεων των εμπειριών των μεταναστών και των προσφύγων.

Προσδοκώμενα μαθησιακά αποτελέσματα:

Με την ολοκλήρωση αυτού του μαθήματος, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι σε θέση να:

- Κατανοούν βασικές έννοιες και προσεγγίσεις σχετικά με την ψυχοκοινωνική φροντίδα των μεταναστών και των προσφύγων
- Κατανοούν την πολυσύνθετη σχέση μεταξύ μετανάστευσης, κουλτούρας και ψυχικής υγείας
- Βλέπουν το θέμα της ψυχικής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων μέσα από μια προσέγγιση κοινωνικών προσδιοριστών και όχι από μια βιοϊατρική/ατομικιστική οπτική γωνία
- Αναγνωρίζουν το φάσμα των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων
- Αξιολογούν τους τρόπους με τους οποίους οι διαρθρωτικές ανισότητες και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την ψυχική υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδρομής
- Αξιοποιούν ένα κοινωνικο-οικολογικό πλαίσιο για την κατανόηση των παραγόντων κινδύνου και προστασίας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων
- Αναγνωρίζουν τους βασικούς παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας που συμβάλλουν στον μετριασμό των ψυχικών προκλήσεων στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς
- Κατανοούν τις εμπειρίες των πολύπλοκων ψυχοκοινωνικών διαδρομών των μεταναστών και των προσφύγων πριν, κατά τη διάρκεια, καθώς και μετά τον εκτοπισμό
- Ταυτοποιούν συνήθεις ψυχικές προκλήσεις σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς
- Αναγνωρίζουν ορισμένους από τους τρόπους με τους οποίους οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες της κοινωνίας υποδοχής και οι πολιτισμικές διαστάσεις επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων

Ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτό το μάθημα:

Μάθημα 1. Βασικά Ζητήματα Ψυχοκοινωνικής Φροντίδας στο Πλαίσιο της Μετανάστευσης
<u>Ενότητα 1.1: Ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο της μετανάστευσης</u>
<u>Ενότητα 1.2: Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας</u>
<u>Ενότητα 1.3: Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας</u>
<u>Ενότητα 1.4: Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας</u>
<u>Ενότητα 1.5: Συνήθεις προκλήσεις ψυχικής υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες</u>

Ενότητα 1.1: Ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο της μετανάστευσης

Επισκόπηση ενότητας

Η πρώτη διδακτική ενότητα εξετάζει βασικές έννοιες και προσεγγίσεις για την κατανόηση της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας στο πλαίσιο της μετανάστευσης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σημασία της γλώσσας και της ορολογίας σε αυτόν τον τομέα. Επιπλέον, διερευνάται ο ρόλος της κουλτούρας στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες, ενσωματώνοντας διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις. Βασισμένη στην ευρεία οπτική του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης (ΔΟΜ), η ενότητα συμπληρώνεται με μια ολοκληρωμένη παρουσίαση των πολλαπλών πτυχών της μεταναστευτικής εμπειρίας.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Βασικές έννοιες ψυχικής υγείας](#)
3. [Η σημασία της κουλτούρας](#)
4. [Κατανοώντας την ιδιαίτερη συνθήκη της μεταναστευτικής εμπειρίας](#)

1. Εισαγωγή

Η διεθνής μετανάστευση είναι ένα ιδιαίτερα σύνθετο φαινόμενο που αναμένεται να αυξηθεί σε μέγεθος και πολυπλοκότητα τα επόμενα χρόνια. Το 2020, υπήρχαν περίπου 1 δισεκατομμύριο μετανάστες παγκοσμίως, που αντιστοιχούν περίπου σε έναν στους οκτώ του παγκόσμιου πληθυσμού [1]. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι μια πολυποίκιλη και ετερογενής ομάδα, που απομακρύνεται από τον συνήθη τόπο διαμονής της για διάφορους λόγους. Οι ιδιαίτερες περιστάσεις της ζωής των ανθρώπων αυτών μπορεί να περιλαμβάνουν τη διαφυγή από εμπόλεμες συρράξεις ή βία, την αναζήτηση καλύτερων οικονομικών ευκαιριών, την επανένωση με την οικογένειά τους ή την πρόσβαση στην εκπαίδευση, μεταξύ πολλών άλλων.

Τα ταξίδια των ανθρώπων που μεταναστεύουν ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό: μπορεί να είναι σύντομα σε διάρκεια και «εύκολα» έως μακρά και επικίνδυνα, ενέχοντας κινδύνους όπως η εμπορία ανθρώπων και η αναχαίτιση από τις αρχές. Η εμπειρία των μεταναστών και των προσφύγων με την άφιξή τους σε μια νέα χώρα μπορεί να επηρεαστεί από το νομικό τους καθεστώς, το πολιτικό περιβάλλον, καθώς και άλλες πτυχές που σχετίζονται με τη στέγαση, την υγειονομική περίθαλψη και την απασχόληση [1-3].

Τα τελευταία χρόνια, η Ευρώπη έχει δει μια σημαντική αύξηση στις εισροές μεταναστών και προσφύγων, οι οποίοι βρίσκονται σε αναζήτηση μιας νέας αρχής. Το 2022, σχεδόν 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι έλαβαν την πρώτη τους άδεια διαμονής σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, κυρίως για λόγους εργασίας, οικογενειακής επανένωσης και εκπαίδευσης [4]. Το 2023, πάνω από ένα εκατομμύριο άνθρωποι υπέβαλαν αίτηση ασύλου, σημειώνοντας αύξηση 18% σε σχέση με το προηγούμενο έτος και αύξηση 62% σε σύγκριση με τα προ της πανδημίας επίπεδα του 2019 [5]. Χώρες όπως η Γερμανία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία και η Ελλάδα έχουν γίνει βασικοί προορισμοί για όσους και όσες μετακινούνται. Σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), μέχρι το τέλος του 2023, η Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης της Τουρκίας, φιλοξένησε περίπου το ένα τρίτο του συνόλου των προσφύγων παγκοσμίως [6]. Ο αριθμός των προσφύγων αυξήθηκε από 12,4 εκατομμύρια στο τέλος του 2022 σε 13 εκατομμύρια στο τέλος του 2023, κυρίως λόγω της συνεχιζόμενης εισροής προσφύγων από την Ουκρανία.

Η ύπαρξη αυτού του δυναμικού μεταναστευτικού τοπίου σημαίνει ότι **το επαγγελματικό προσωπικό του τομέα υγείας** (συμπεριλαμβανομένων των ψυχολόγων, των ψυχιάτρων, των κοινωνικών λειτουργών, των ιατρών, των νοσηλευτών, των συμβούλων και άλλων) **εργάζεται όλο και περισσότερο σε έναν πολυπολιτισμικό κόσμο**. Οι πολιτισμικές διαφορές μαζί με τους διαρθρωτικούς παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται και παρέχεται η περίθαλψη στους μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς [2]. **Η κατανόηση της πολυπλοκότητας, της μοναδικότητας και της ολότητας της εμπειρίας των μεταναστών είναι ζωτικής σημασίας όχι μόνο για την ευημερία των ίδιων των μεταναστών, αλλά και για την ευημερία των κοινωνιών στις οποίες εντάσσονται** [7].

Η ενότητα αυτή επιδιώκει να παράσχει μια βάση ορισμών και εννοιολογικών ζητημάτων για την προσέγγιση της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας στο πλαίσιο της μετανάστευσης. Βασίζεται στη γενική αρχή ότι η **ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων** δεν είναι απλώς η απουσία ψυχικών διαταραχών, αλλά **συνδέεται στενά με τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους, την υπεράσπιση της αξιοπρέπειάς τους στις διοικητικές διαδικασίες, καθώς και την αναγνώριση της δυνητικής συνεισφοράς τους στις κοινότητες που τους υποδέχονται.**

2. Βασικές έννοιες ψυχικής υγείας

Ψυχική υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προτείνει έναν ευρύ ορισμό για την **ψυχική υγεία** ως «μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας¹ στην οποία οι άνθρωποι μπορούν να πραγματώσουν τις δυνατότητές τους, να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές πιέσεις, να εργαστούν και να συνεισφέρουν στη ζωή της κοινότητάς τους» [8]. Ο ορισμός αυτός **τονίζει την ολιστική φύση της ψυχικής υγείας**, η οποία περιλαμβάνει τη **συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία**. Επισημαίνει επίσης τη σημασία της **προσαρμοστικότητας** και της **λειτουργικότητας**, οι οποίες είναι καίριες για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που εμφανίζονται συχνά λόγω της μετανάστευσης. **Δεν υπάρχει υγεία χωρίς ψυχική υγεία.** Με άλλα λόγια, η **ψυχική υγεία είναι μια θεμελιώδης πτυχή της ζωής μας, καθώς επηρεάζει πάντα την ικανότητά μας να συνδεόμαστε, να λειτουργούμε, να αντιμετωπίζουμε και να ευημερούμε**, ακόμη και όταν δεν το γνωρίζουμε συνειδητά (βλ. Εικόνα 1.1.1 στην επόμενη σελίδα) [9].

Η **ψυχική υγεία υφίσταται ως ένα σύνθετο συνεχές**, το οποίο κυμαίνεται από μια βέλτιστη κατάσταση ευεξίας έως σοβαρές καταστάσεις συναισθηματικής οδύνης και δυσφορίας. **Δεν είναι απλώς η απουσία ψυχικών διαταραχών, αλλά μια δυναμική κατάσταση που επηρεάζεται από πολυάριθμους ατομικούς, κοινωνικούς και διαρθρωτικούς παράγοντες.** Η ψυχική μας υγεία μπορεί να παρουσιάζει διακυμάνσεις ως απόκριση στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις της ζωής και τις διάφορες ψυχοπιεστικές συνθήκες, με

¹ Ο όρος 'well-being' αποδίδεται συνήθως στα ελληνικά ως «ευεξία» και υποδηλώνει μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής ισορροπίας. Στο παρόν κείμενο, υιοθετείται παράλληλα και ο όρος «ευημερία» (βλ. γράφημα σελ. 7), προκειμένου να αποδοθεί η πιο υπαρξιακή, βιωμένη διάσταση της έννοιας, που αφορά την υποκειμενική αίσθηση πληρότητας, νοήματος και σύνδεσης με τον εαυτό και τους άλλους.

διαφορετικές εμπειρίες να παρουσιάζουν διαφορετικό βαθμό δυσκολίας και δυσφορίας [9]. Για παράδειγμα, καταστάσεις όπως η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να κυμαίνονται από ήπια περιστατικά με πολύ σύντομη διάρκεια έως παρατεταμένες περιόδους που μπορεί να είναι ιδιαίτερα εξουθενωτικές για το άτομο.

Εικόνα 1.1.1. «Η ψυχική υγεία είναι σημαντική τόσο από τη φύση της, όσο και για τον ρόλο της στη ζωή μας. Μας βοηθάει να συνδεόμαστε, να λειτουργούμε, να αντιμετωπίζουμε προκλήσεις και να ευημερούμε.»



Σημείωση: Το γράφημα προέρχεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 2022, [World mental health report: transforming mental health for all](#), σ. 11, Γενεύη

Η μετάφραση αυτού του γραφήματος από την ομάδα του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τον ΠΟΥ.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να επιτύχουν υψηλά επίπεδα ευεξίας, όπως ακριβώς κάποιος/-α με μια σωματική πάθηση μπορεί να είναι σωματικά σε καλή κατάσταση. Η κατανόηση της ψυχικής υγείας ως ένα συνεχές είναι σημαντική για την **αναγνώριση της ποικιλόμορφης και ρευστής φύσης των αντιδράσεων των**

μεταναστών και των προσφύγων στις αντιξοότητες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι/-ες και την απομάκρυνση από τη δυαδική αντίληψη ότι τα άτομα είναι είτε ψυχικά υγιή είτε άρρωστα [7].

Ψυχοκοινωνική ευεξία

Η **ψυχοκοινωνική ευεξία** είναι μια σχετικά πρόσφατη έννοια που έχει εμφανιστεί στο πλαίσιο σύνθετων και πολυδιάστατων προβλημάτων, όπως οι συγκρούσεις, οι φυσικές καταστροφές και οι εκτοπισμοί. Στην ουσία, αναφέρεται στη **δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατομικών ψυχολογικών διεργασιών και του κοινωνικού περιβάλλοντος** [10]. Στον τομέα της φροντίδας των μεταναστών και των προσφύγων, ο όρος «ψυχοκοινωνικός» θεωρείται συχνά καταλληλότερος για να περιγράψει τις αντιδράσεις των ανθρώπων στις αντιξοότητες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι θέτει υπό αμφισβήτηση το βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας, όπου η κύρια έμφαση συνήθως δίνεται στους βιολογικούς παράγοντες, αποκλείοντας συχνά τις ψυχολογικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές [11].

Όπως θα αναλυθεί περαιτέρω στις επόμενες ενότητες, **οι ψυχολογικές και συναισθηματικές εμπειρίες δεν μπορούν πάντα να εξηγηθούν μόνο με βιολογικούς παράγοντες**. Η ψυχοκοινωνική προοπτική προσπαθεί να **κατανοήσει τη συνδυασμένη επίδραση τριών κύριων πτυχών που αφορούν ένα άτομο**: (i) **ενδοψυχικές**, οι οποίες αναφέρονται στις ψυχολογικές εμπειρίες εντός του ατόμου (όπως συναισθήματα, φόβοι, ελπίδες και επιθυμίες), (ii) **διαπροσωπικές**, οι οποίες αναφέρονται στις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και τις πραγματικότητες και τα συναισθήματα που αυτές επιφέρουν και (iii) **κοινωνικοπολιτικές**, οι οποίες αναφέρονται στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που επηρεάζει αυτές τις αλληλεπιδράσεις [7].

© **Καίριο σημείο**: Τι είναι η ΨΥΨΚΥ (MHPSS);

Ο σύνθετος όρος **Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη/ΨΥΨΚΥ** (ή, στην αγγλική γλώσσα, **Mental Health and Psychosocial Support/MHPSS**) χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει **κάθε είδους υποστήριξη που αποσκοπεί στην προστασία ή την ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας ή/και στην πρόληψη ή την αντιμετώπιση ψυχικών προκλήσεων** [12]. Η ΨΥΨΚΥ περιλαμβάνει ένα

ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων και παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών των ατόμων και των κοινοτήτων που πλήττονται από κρίσεις. Ο όρος υπογραμμίζει τη **διασύνδεση της ψυχικής υγείας** (οι ψυχολογικές πτυχές) **και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας** (οι κοινωνικές πτυχές) και προτείνει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την υποστήριξη των αναγκών των πληγέντων πληθυσμών. Οι ΨΥΨΚΥ παρεμβάσεις περιλαμβάνουν συμβουλευτική, προγράμματα υποστήριξης στο επίπεδο της κοινότητας, δραστηριότητες διαχείρισης του στρες και προσπάθειες για την ανοικοδόμηση κοινωνικών δικτύων και κοινοτικών δομών.

Αν και στενά συνδεδεμένες, η «ψυχική υγεία» και η «ψυχοκοινωνική υποστήριξη» συχνά αντικατοπτρίζουν διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές προσεγγίσεις για το προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο [12]. Όπως είδαμε παραπάνω, η ψυχοκοινωνική προσέγγιση συνεπάγεται μια σχεσιακή, πολυεπίπεδη οπτική που θεωρεί τους ανθρώπους ως σχεσιακά όντα. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η ανθρώπινη εμπειρία συνδέεται άρρηκτα με τις σχέσεις με τον εαυτό μας, τους άλλους και τον κόσμο. **Η ψυχική δυσφορία προκύπτει όταν οι σχέσεις αυτές διαταράσσονται.** Κατά συνέπεια, οι ΨΥΨΚΥ παρεμβάσεις αποσκοπούν στο να **βοηθήσουν τα άτομα και τις κοινότητες να επεξεργαστούν αυτές τις ρήξεις και να κινηθούν προς μια πιο συνεκτική εμπειρία του εαυτού τους και του περιβάλλοντός τους** [7].

→ **BINTEO:** [Τι σημαίνει ΨΥΨΚΥ \(MHPSS\);](#) (EN) 

3. Η σημασία της κουλτούρας

Η **κουλτούρα είναι μια πολυσύνθετη κατασκευή**. Τα τελευταία χρόνια, έχουν υπάρξει σημαντικές συζητήσεις εντός της επιστημονικής κοινότητας σχετικά με τον ακριβή ορισμό της [13]. Για τους σκοπούς μας εν προκειμένω, υιοθετούμε μια ευρεία οπτική, όπως αυτή έχει διατυπωθεί από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (ΔΟΜ) [14]. Η κουλτούρα θεωρείται ως ένα **σύστημα κοινών πεποιθήσεων, συμβόλων, συμπεριφορών, αξιών και εθίμων που χρησιμοποιούν τα μέλη μιας κοινωνίας για να κατανοήσουν τον κόσμο τους και να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους**. Τα στοιχεία αυτά μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά, συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας ξεχωριστής και συνεκτικής κοινοτικής

ταυτότητας. Οι άνθρωποι που ανήκουν σε μια κοινή κουλτούρα συχνά αισθάνονται ότι ανήκουν ο ένας στον άλλον, ενώ ταυτόχρονα αισθάνονται διαφορετικοί/-ές από άλλες ομάδες.

Η κουλτούρα δεν μπορεί να κατανοηθεί ως ένα κλειστό σύστημα. Σπάνια υφίσταται ως ο τέλειος συνδυασμός μιας γλώσσας και μιας θρησκείας στο πλαίσιο μίας κοινωνικής ομάδας, κατά μήκος μίας γεωγραφικής περιοχής. Δεν αποτελεί μια στατική ή καθολική συνθήκη. Εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου και συχνά προκύπτει από τη συνύπαρξη υποκουλτούρων, η καθεμία εκ των οποίων φέρει διακριτά χαρακτηριστικά. Για παράδειγμα, ένας 70χρονος και ένας 17χρονος μπορεί να μοιράζονται μια ευρύτερη κουλτούρα και, παράλληλα, να ανήκουν σε διαφορετικές υποκουλτούρες εντός της κουλτούρας αυτής. Οι υποκουλτούρες επιτρέπουν την αμοιβαία αναγνώριση και τη σύνδεση στη βάση κοινών ενδιαφερόντων μεταξύ των ανθρώπων, ακόμη και εάν αυτοί ανήκουν σε διαφορετικές εθνοτικές/φυλετικές ομάδες, όπως λόγου χάρη οι μετανάστες/-τριες και τα μέλη των κοινοτήτων υποδοχής που μπορεί μοιράζονται μια κοινή ταυτότητα (π.χ. άτομα που συνδέονται στη βάση των ίδιων θρησκευτικών πεποιθήσεων, της ίδιας μουσικής κουλτούρας ή στη βάση της ΛΟΑΤΚΙ+ ταυτότητά τους) [14].

Η κουλτούρα περιλαμβάνει τόσο υλικά όσο και άυλα στοιχεία που μπορούν να προσφέρουν **προστατευτική, αποκαταστασιακή και μετασχηματιστική υποστήριξη σε άτομα και κοινότητες.** Προάγει τη συμμετοχή, τη συνέχεια, την αποδοχή, την ανθεκτικότητα και τις θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις [14]. Η κατανόηση της κουλτούρας έχει κομβική σημασία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των μεταναστών και των προσφύγων, καθώς οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρούμε μεταξύ μας.

→ **BINTEO:** [Τι είναι η κουλτούρα;](#) (EN) 

© **Καίριο σημείο:** Θεωρητικές προσεγγίσεις της κουλτούρας

Στο πεδίο της πολιτισμικής θεωρίας, συναντάμε δύο βασικές προσεγγίσεις για τον ορισμό της κουλτούρας [13]:

- ♦ **Η κουλτούρα ως στατική έννοια:** Η προσέγγιση αυτή θεωρεί ότι η κουλτούρα ασκεί μια ομοιογενή επιρροή σε όλα τα άτομα μιας κοινωνίας, διαμορφώνοντας ομοιόμορφα τις συμπεριφορές και τις αντιδράσεις τους. Το έργο του καθηγητή Geert Hofstede, ο οποίος διέκρινε την κουλτούρα σε έξι διαστάσεις, συνεχίζει να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο κατανοούμε διάφορες πολιτισμικές πτυχές. Προσφέρει ένα πλαίσιο εννοιολόγησης καταστάσεων μέσα από σταθερές κατηγορίες, που μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμες για την πλοήγηση σε άγνωστα ή ασαφή περιβάλλοντα. Σύμφωνα με τον ίδιο, η κουλτούρα είναι «ένα λογισμικό του μυαλού» και κάθε άτομο φέρει μέσα του «πρότυπα σκέψης, συναισθημάτων και πιθανής δράσης» που έχει διαμορφώσει μέσα από τις εμπειρίες της ζωής του [15]. Στο πλαίσιο της εργασίας με μετανάστες και πρόσφυγες, η οπτική αυτή υπογραμμίζει ότι η κουλτούρα αποτελεί καθοριστική πτυχή της ατομικής ταυτότητας, επηρεάζοντας τις συμπεριφορές και τις αποκρίσεις των ανθρώπων.
- ♦ **Η κουλτούρα ως ρευστή έννοια:** Η εν λόγω προσέγγιση αντιλαμβάνεται την κουλτούρα ως μια δυναμική διαδικασία, που χαρακτηρίζεται από «διυποκειμενικά, πολυεπίπεδα συστήματα αξιών», τα οποία διαμορφώνουν τη βιωμένη πραγματικότητα των ανθρώπων. Η αντίληψη αυτή βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο έργο του ανθρωπολόγου Clifford Geertz, ο οποίος περιέγραψε τη διαρκώς εξελισσόμενη φύση της κουλτούρας ως έναν συνδυασμό παραδόσεων και σύγχρονων κοινών ανθρώπινων εμπειριών, δημιουργώντας έναν «ιστό σημασίας» που καθορίζει την ατομική ταυτότητα [16]. Για παράδειγμα, στην κυρίαρχη αμερικανική κουλτούρα, η ραγδαία τεχνολογική εξέλιξη αποτελεί μια κοινή εμπειρία του σήμερα. Αντίθετα, βαθιά ριζωμένες αξίες, όπως ο ατομικισμός, η ελευθερία και η αυτοδιάθεση, παραμένουν σχετικά αμετάβλητες με την πάροδο του χρόνου και αντανακλούν πολιτισμικές παραδόσεις. Η αντίληψη της κουλτούρας ως ρευστής έννοιας υποδηλώνει ότι πρόκειται για «μια ενεργή διαδικασία δημιουργίας νοήματος» [17]: η κουλτούρα δεν αποτελεί μια διακριτή, στατική μονάδα – αντίθετα, **οι άνθρωποι δημιουργούν την κουλτούρα**, η οποία εξελίσσεται διαρκώς τόσο με ανεπαίσθητους όσο και με εμφανείς τρόπους.

4. Κατανοώντας την ιδιαίτερη συνθήκη της μεταναστευτικής εμπειρίας

Ορισμός(-οί) της μετανάστευσης

Σε γενικές γραμμές, η **μετανάστευση** ορίζεται ως η **μετακίνηση ανθρώπων από μια τοποθεσία σε μια άλλη**, η οποία μπορεί να είναι **προσωρινή ή μόνιμη**. Οι μετακινήσεις αυτές συχνά υποκινούνται από διάφορους παράγοντες, όπως οικονομικές ευκαιρίες, συγκρούσεις ή περιβαλλοντικές αλλαγές. Ο αντίκτυπος της μετανάστευσης δεν περιορίζεται μόνο στη φυσική μετεγκατάσταση, αλλά επηρεάζει επίσης την **κοινωνική, οικονομική και πολιτισμική δυναμική τόσο της κοινότητας προέλευσης όσο και της κοινότητας προορισμού** [18]. Σε διεθνές επίπεδο, **δεν υπάρχει ένας κοινώς αποδεκτός ορισμός της λέξης «μετανάστης»**. Οι ορισμοί διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με το νομικό, διοικητικό, ερευνητικό ή στατιστικό πλαίσιο [19,20]. Παρότι η Σύμβαση του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων ορίζει νομικά τη λέξη «πρόσφυγας» [21], δεν υπάρχει αντίστοιχος επίσημος ορισμός για τη λέξη «μετανάστης», γεγονός που τροφοδοτεί μια συνεχιζόμενη συζήτηση. Η ποικιλομορφία στους ορισμούς δεν είναι απλώς ζήτημα ορολογίας. Περιπλέκει την έρευνα και τη χάραξη πολιτικής, καθώς οι διαφορετικοί ορισμοί των μετακινούμενων ατόμων επηρεάζουν τον τρόπο κατανόησης των εμπειριών τους, καθώς και τα δικαιώματα και την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες [20,22,23].

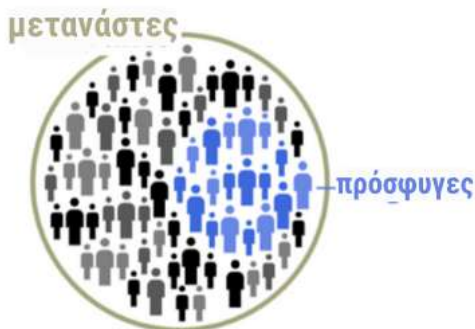
Σύμφωνα με τον ΔΟΜ, **μετανάστης** είναι «κάθε πρόσωπο που μετακινείται ή έχει μετακινηθεί διαμέσου διεθνών συνόρων ή εντός ενός κράτους, μακριά από τον τόπο συνήθους διαμονής του, ανεξάρτητα από το νομικό καθεστώς του προσώπου αυτού, από το αν η μετακίνηση είναι εκούσια ή ακούσια, από τα αίτια της μετακίνησης ή από τη διάρκεια της παραμονής του» [20]. Στον ευρύ αυτό ορισμό, η λέξη «μετανάστης» χρησιμοποιείται ως **όρος-ομπρέλα** και αντιπροσωπεύει **ομάδες ανθρώπων που απολαμβάνουν διαφορετικά δικαιώματα και έχουν διανύσει διαφορετικές πορείες ζωής**. Παρά τη χρηστικότητά του, ο συγκεκριμένος ορισμός έχει δεχθεί έντονη κριτική, ιδίως από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, η οποία υποστηρίζει ότι η ένταξη των προσφύγων στην περιγραφή αυτή ενδέχεται να τους συνδέσει με αρνητικές αντιλήψεις για τους μετανάστες και να υπονομεύσει τα ειδικά δικαιώματα που κατοχυρώνονται για εκείνους από το διεθνές δίκαιο [22].

© **Καίριο σημείο:** Σημείωση επί της ορολογίας

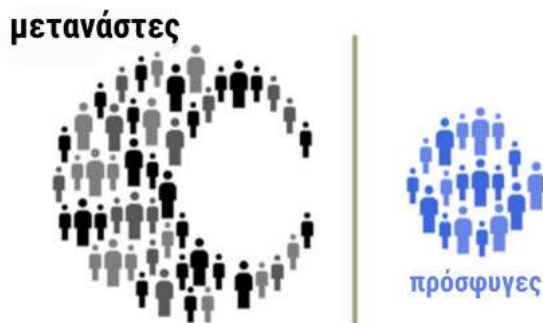
Ποια είναι η έννοια του όρου «μετανάστη»; Σύμφωνα με τον Jørgen Carling, Ερευνητή Καθηγητή στο Ινστιτούτο Έρευνας για την Ειρήνη του Όσλο (PRIO) [23], υπάρχουν δυο διαφορετικές οπτικές που απαντούν στο ερώτημα αυτό:

- ♦ **Η ενοποιητική οπτική**, που υιοθετείται από τον ΔΟΜ, θεωρεί ως μετανάστες όλα τα άτομα που έχουν μετακινηθεί από τον συνήθη τόπο κατοικίας τους, ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς (κατοχυρωμένο ή μη) ή τους παράγοντες που οδήγησαν στη μετακίνησή τους. Αυτή η οπτική περιλαμβάνει τους πρόσφυγες, τους αλλοδαπούς εργαζόμενους, τους επιζώντες της εμπορίας ανθρώπων και τους διεθνείς φοιτητές. Με άλλα λόγια, η έννοια των «μεταναστών» είναι μια ευρεία κατηγορία, στην οποία οι πρόσφυγες αποτελούν μια ειδική υποκατηγορία.
- ♦ **Η υπολειμματική οπτική**, που υιοθετείται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, θεωρεί ως μετανάστες τα άτομα που έχουν μετακινηθεί για λόγους διαφορετικούς από τη διαφυγή από εμπόλεμες συρράξεις, διώξεις ή απειλές. Ως εκ τούτου, αποκλείει τους πρόσφυγες από τον ορισμό των μεταναστών. Σύμφωνα με την οπτική αυτή, «οι μετανάστες επιλέγουν να μετακινηθούν όχι λόγω άμεσης απειλής δίωξης ή θανάτου, αλλά κυρίως για να βελτιώσουν τις συνθήκες ζωής τους βρίσκοντας εργασία ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, για λόγους εκπαίδευσης, οικογενειακής επανένωσης ή άλλους» [22].

Ενοποιητικός ορισμός των μεταναστών



Υπολειμματικός ορισμός των μεταναστών



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση προερχόμενη από την ιστοσελίδα meaningofmigrants.org, 2017, Καθηγητής Jørgen Carling, Όσλο

Η μετάφραση αυτού του γραφήματος από την ομάδα του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τον αρχικό δημιουργό του.

Στο συγκεκριμένο πρόγραμμα κατάρτισης επιχειρείται η εξισορρόπηση των δύο αυτών προσεγγίσεων: ενώ ευθυγραμμιζόμαστε περισσότερο με τον συμπεριληπτικό ορισμό του ΔΟΜ για τους ανθρώπους που μετακινούνται, αναγνωρίζουμε επίσης ότι τα άτομα που έχουν επιβιώσει από σοβαρές μορφές αντιξοότητας, όπως η βία και οι διώξεις, αντιμετωπίζουν προκλήσεις που απαιτούν ειδική προσοχή, ιδίως σε ό,τι αφορά την ψυχική υγεία τους. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι πολλοί μετανάστες μπορεί να έχουν περιορισμένες επιλογές ή και καμία άλλη επιλογή από το να μετοικήσουν, συχνά λόγω περιστάσεων πέραν του ελέγχου τους και όχι λόγω προσωπικής προτίμησης. Ως εκ τούτου, ο όρος «οικονομικός μετανάστης» θα πρέπει να αποφεύγεται.

Όλοι οι μετανάστες, ανεξάρτητα από το καθεστώς τους, θα πρέπει να απολαμβάνουν θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα στις χώρες καταγωγής, διέλευσης και προορισμού τους, συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων στη ζωή, την υγεία, τη σωματική ακεραιότητα, την απαγόρευση των διακρίσεων και τη διασφάλιση των εργασιακών τους δικαιωμάτων [24].

Φάσεις της μετανάστευσης

Ο ΔΟΜ βλέπει τη μετανάστευση ως ένα συνεχές που εκτυλίσσεται σε πολλές διαστάσεις, ξεκινώντας πριν την άφιξη των μεταναστών στη χώρα υποδοχής και συνεχίζοντας μετά την αρχική εγκατάστασή τους. Κάθε ιστορία μετανάστευσης είναι μοναδική, με διαφορετικές αιτίες και τρόπους μετακίνησης [25]. Στην υποενότητα που ακολουθεί, παρατίθεται το πλαίσιο του ΔΟΜ για τις διάφορες φάσεις της μεταναστευτικής εμπειρίας και τα ειδικά ζητήματα που μπορεί να προκύψουν σε κάθε στάδιο [26].

Φάσεις της μετανάστευσης	
Πριν από την αναχώρηση (προετοιμασία και λήψη αποφάσεων ως προς την έναρξη ενός μεταναστευτικού ταξιδιού)	Η διαδικασία μετανάστευσης κάθε ατόμου ποικίλλει ανάλογα με το αν μεταναστεύει μέσω εγκεκριμένων ή παράτυπων οδών. Ορισμένοι άνθρωποι μπορεί να έχουν αρκετό χρόνο για να προετοιμαστούν, ακολουθώντας τις ακριβείς απαιτήσεις που ορίζονται από τη χώρα καταγωγής ή/και τη χώρα προορισμού τους (π.χ. διαβατήρια, θεωρήσεις εισόδου/VISA, προσφορές εργασίας, οικονομικά αρχεία, ιατρικές εξετάσεις). Για άλλους, η φάση πριν από την αναχώρηση μπορεί συχνά να συμπιέζεται από γεγονότα εκτός του ελέγχου τους. Ένα άτομο που ξεκινάει ένα μεταναστευτικό ταξίδι μέσω μη εγκεκριμένων οδών θα αποφασίσει

	πώς θα ξεκινήσει τη διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη τους κινδύνους που αυτή ενέχει (π.χ. αποκτώντας τουριστική βίζα, διερχόμενος/-η σύνορα μόνος/-η του/της, απευθυνόμενος/-η σε διακινητή). Σε κάθε περίπτωση, η οικονομική προετοιμασία είναι απαραίτητη και μπορεί να διαρκέσει χρόνια.
Διέλευση (φυσική μετεγκατάσταση από τη χώρα προέλευσης στον προβλεπόμενο προορισμό)	Αυτό μπορεί να είναι ένα απευθείας ταξίδι από τη χώρα προέλευσης στη χώρα προορισμού ή να περιλαμβάνει πολλαπλές εγχώριες και διεθνείς στάσεις. Στην περίπτωση του εκτοπισμού, οι άνθρωποι μπορεί να αναγκαστούν να φύγουν αμέσως μετά το ξέσπασμα μιας σύγκρουσης, μιας φυσικής καταστροφής ή άλλων επείγουσών καταστάσεων. Όταν η διέλευση είναι κλιμακωτή, τα άτομα μπορεί να επιλέξουν να παραμείνουν προσωρινά σε κάθε στάση για να προετοιμαστούν για τον τελικό προορισμό τους (π.χ. να διεκπεραιώσουν πρακτικά ή γραφειοκρατικά ζητήματα για να αυξήσουν την πιθανότητα παραμονής στον προβλεπόμενο προορισμό τους) ή επειδή αναγκάζονται να το κάνουν λόγω οικονομικών περιορισμών ή συνοριακών εμποδίων. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα οι άνθρωποι να εγκλωβίζονται σε χώρες διέλευσης, να μην μπορούν να επιστρέψουν στην πατρίδα τους ή να συνεχίσουν το ταξίδι προς τον προορισμό τους, χωρίς να έχουν νομιμοποιημένο καθεστώς ή πρόσβαση σε ευκαιρίες. Ο ΔΟΜ αποκαλεί τους ανθρώπους σε αυτή την κατάσταση «εγκλωβισμένους μετανάστες».
Άφιξη (άφιξη σε χώρα προορισμού/ διέλευσης μέσω αέρα, θάλασσας ή ξηράς)	Οι μετανάστες που μετακινούνται μέσω εγκεκριμένων οδών συνήθως ελέγχονται στα σημεία συνοριακού ελέγχου και ενδέχεται να χρειάζονται θεώρηση εισόδου (VISA), εκτός εάν εξαιρούνται. Όσοι συλλαμβάνονται να επιχειρούν να εισέλθουν μέσω παράτυπων οδών αντιμετωπίζουν ένδικες διαδικασίες για να διαπιστωθεί αν θα πρέπει να τους απαγορευτεί η εισδοχή. Μπορεί να τους προσφερθεί η διέξοδος της οικειοθελούς επιστροφής ή να υπαχθούν σε διαδικασία απέλασης εάν συλληφθούν μετά την είσοδο. Η διάρκεια αυτών των διαδικασιών ποικίλλει λόγω συστημικών ζητημάτων, όπως η συσσώρευση δικαστικών υποθέσεων που παραμένουν σε εκκρεμότητα, οι δυσκολίες στην οργάνωση νομικής εκπροσώπησης και η πολυπλοκότητα των επιμέρους υποθέσεων. Το στάδιο της άφιξης είναι κρίσιμο, καθώς η ύπαρξη των απαραίτητων δικαιολογητικών εγγράφων μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τα επόμενα βήματα της διαδικασίας μετανάστευσης.
Παραμονή (εισδοχή και παραμονή στη χώρα προορισμού/διέλευσης για συγκεκριμένη ή αόριστη περίοδο)	Η εισδοχή σε μια χώρα είναι συνήθως προσωρινή, αν και μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμη παραμονή. Κατά τη διάρκεια της περιόδου παραμονής, οι μετανάστες πρέπει να τηρούν τους νόμους και τις απαιτήσεις της θεώρησης εισόδου (VISA), συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης της απασχόλησης, εφόσον διαθέτουν θεώρηση εργασίας. Τα κράτη υποχρεούνται να προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα όλων των αλλοδαπών υπηκόων, ενώ οι μετανάστες που ταξιδεύουν μέσω εγκεκριμένων οδών έχουν πρόσθετα δικαιώματα βάσει των διεθνών και εθνικών νόμων. Τα κράτη υποχρεούνται επίσης από το διεθνές δίκαιο να επιτρέπουν σε όσους ταξιδεύουν μέσω παράτυπων οδών να παραμείνουν στα εδάφη τους νομιμοποιώντας το καθεστώς τους, τηρώντας την αρχή της μη επαναπροώθησης, η οποία εμποδίζει την επιστροφή προσφύγων, αιτούντων

	άσυλο ή ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε συνθήκες κινδύνου.
Κυκλική μετανάστευση (επαναλαμβανόμενη μετακίνηση ανθρώπων μεταξύ δύο ή περισσότερων χωρών) και επιστροφή (επιστροφή των μεταναστών στην κοινωνία καταγωγής τους)	Ορισμένα άτομα δεν επιστρέφουν ποτέ στον τόπο καταγωγής τους, ενώ άλλα επιστρέφουν, είτε εκούσια είτε ακούσια. Οι επιστροφές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις τύπους: (1) εθελούσια επιστροφή (επιτυχία): επίτευξη στόχων όπως η απασχόληση ή η εκπαίδευση στο εξωτερικό, (2) εθελούσια επιστροφή (αντιληπτή αποτυχία): επιστροφή λόγω αδυναμίας επίτευξης των στόχων, συχνά μια σύνθετη απόφαση που επηρεάζεται από παράγοντες παρόμοιους με την αρχική μετανάστευση, (3) αναγκαστική επιστροφή: αδυναμία διατήρησης του νομικού καθεστώτος στη χώρα υποδοχής ή διέλευσης. Οι συνθήκες που περιβάλλουν την επιστροφή αποτελούν βασική πτυχή για την τελική απόφαση και την ενεργοποίηση συγκεκριμένων μέτρων. Σε περιπτώσεις απέλασης, τα άτομα μπορούν να αναζητήσουν υποστήριξη για εθελούσια επιστροφή και προγράμματα επανένταξης στη χώρα καταγωγής τους. Σε κάθε περίπτωση, κάθε επιστροφή μπορεί να βιωθεί ως μια νέα διαδικασία μετανάστευσης.
Βιώσιμη ένταξη (αμοιβαία προσαρμογή μεταξύ των μεταναστών και των κοινωνιών στις οποίες ζουν) και επανένταξη (επανένταξη των μεταναστών που επιστρέφουν στην κοινωνία καταγωγής τους)	Όπως θα συζητηθεί σε επόμενες ενότητες, η εμπειρία της ένταξης ή/και επανένταξης θα εξαρτηθεί ουσιαστικά από παράγοντες της κοινωνικής οικολογίας του ατόμου, όπως το φύλο, η ηλικία, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, οι οικονομικοί πόροι, η γλωσσική επάρκεια, ο αλφαριθμητισμός κ.λπ. Σε αυτό το στάδιο ενδέχεται τα άτομα να μάθουν νέους κοινωνικούς και πολιτισμικούς κανόνες, καθώς και νέους ρόλους. Η βιώσιμη ένταξη ή/και επανένταξη συνδέεται συνήθως με την επίτευξη οικονομικής αυτάρκειας, κοινωνικής σταθερότητας και ψυχοκοινωνικής ευεξίας, παράγοντες οι οποίοι μπορούν να υποστηρίξουν τα άτομα στην αντιμετώπιση πιθανών αποσταθεροποιητικών συνθηκών που σχετίζονται με τη μετανάστευση ή την επιστροφή στη χώρα καταγωγής τους. Η έκταση του κοινού χώρου και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης μεταξύ των κοινοτήτων υποδοχής και των μεταναστών είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη βιωσιμότητας. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία της ένταξης ή/και επανένταξης δεν εξαρτάται μόνο από τα ίδια τα άτομα που μεταναστεύουν αλλά και από τις πολιτικές επιλογές σε ατομικό, κοινοτικό και διαρθρωτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τη μετανάστευση, την απασχόληση, την υγεία, την κοινωνία, τη στέγαση και το περιβάλλον.

Η εμπειρία των προσφύγων

Ο όρος «πρόσφυγας» χρονολογείται από τη δεκαετία του 1680. Προέρχεται από τη γαλλική λέξη *réfugié* που σημαίνει «αυτός/-ή που καταφεύγει σε άσυλο, καταφύγιο ή τόπο ασφάλειας», η οποία, με τη σειρά

της, προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *re-* («πίσω») και *fugere* («φεύγω»). Η λέξη υποδηλώνει **φυγή από κίνδυνο, διωγμό ή πολιτική αναταραχή** [27].

Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες ορίζει τον **πρόσφυγα** ως ένα άτομο που «αναγκάζεται να εγκαταλείψει τη χώρα του/της και να αναζητήσει ασφάλεια σε άλλη χώρα. Δεν είναι σε θέση να επιστρέψει στη χώρα του λόγω φόβου δίωξης εξαιτίας αυτού που είναι, αυτού που πιστεύει ή λέει, ή λόγω ένοπλης σύγκρουσης, βίας ή σοβαρής δημόσιας διαταραχής» [28]. Ο ορισμός αυτός είναι σύμφωνος με το Άρθρο 1 της Σύμβασης του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων, μιας ιστορικής διεθνούς συνθήκης που υπογράφηκε ως απάντηση στον μεγάλης κλίμακας εκτοπισμό ανθρώπων μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, με στόχο την παροχή μιας συνεπούς και δίκαιης προσέγγισης για την προστασία των προσφύγων [21].

Τι σημαίνει όμως να εγκαταλείπει ένα άτομο την πατρίδα του; Μια έννοια που αποσαφηνίζει το **ευρύ φάσμα των εμπειριών που εμπλέκονται στη λήψη της δύσκολης απόφασης για φυγή** είναι αυτή της «ακούσιας αποικεσίας» [7,29]. Η ακούσια αποικεσία αναφέρεται στην εμπειρία των ατόμων που αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τον οικείο χώρο τους (το πλαίσιο που θεωρούν «σπίτι» τους) λόγω διαφόρων αναταραχών που καθιστούν τις συνθήκες διαβίωσής τους **επισφαλείς ή αφόρητες**.

Σε αντίθεση με όρους όπως «αναγκαστική μετανάστευση» ή «εκτοπισμός», που τείνουν να επικεντρώνονται στη φυσική πράξη της μετακίνησης (ή της αναγκαστικής μετακίνησης) από μια τοποθεσία σε μια άλλη, η ακούσια αποικεσία αναφέρεται **στην πρωταρχική εμπειρία απώλειας και αναστάτωσης των ανθρώπων που προκύπτει από τον ξεριζωμό τους από τα διάφορα περιβάλλοντα που έχουν συσχετιστεί με την αίσθηση του οικείου χώρου**. Μπορεί να προκύψει από ένα ευρύ φάσμα δυσμενών γεγονότων και επιταχυντικών καταστάσεων, όπως πολιτικές αναταραχές, στρατιωτικές συγκρούσεις, φυσικές καταστροφές, κλιματικές αλλαγές ή κοινωνική περιθωριοποίηση.

© **Καίριο σημείο:** Ακούσια αποικεσία

Η έννοια της **ακούσιας αποικεσίας** εισήχθη για πρώτη φορά από τον καθηγητή Ρένο Παπαδόπουλο, ιδρυτή και διευθυντή του Κέντρου για το Τραύμα, το Άσυλο και τους Πρόσφυγες (CTAR) στο Πανεπιστήμιο του Essex. Περιλαμβάνει δύο βασικές πτυχές: (i) την **αρχική συναισθηματική αποσύνδεση** από τον οικείο χώρο (συμπεριλαμβανομένων των συναισθηματικών, οικογενειακών, πολιτισμικών, κοινωνικών, εθνοτικών, γλωσσικών και πνευματικών διαστάσεων του) και (ii) την **επακόλουθη φυσική και γεωγραφική απομάκρυνση**. Ως εκ τούτου, αναφέρεται τόσο στις συναισθηματικές/ψυχολογικές (εσωτερικές) όσο και στις φυσικές (εξωτερικές) πτυχές του ξεριζωμού [7,29]. Στην ουσία, υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι:

- έχουν αναγκαστεί, λόγω διαφόρων δυσκολιών και δυσμενών συνθηκών, να νιώσουν τους οικείους χώρους τους ως μη ασφαλείς και μη βιώσιμους,
- αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τους οικείους χώρους τους αναζητώντας νέα μέρη για να ζήσουν,
- αν είχαν πραγματική επιλογή, δεν θα τους εγκατέλειπαν.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος «ακούσια αποικεσία» **δεν φέρει καμία ειδική νομική, ψυχιατρική, ψυχολογική, κοινωνιολογική ή άλλη τεχνική χροιά**, ούτε θα πρέπει να συνδέεται με άλλους εξειδικευμένους όρους σε ακαδημαϊκούς ή επαγγελματικούς τομείς. Αντίθετα, στόχο έχει να **περιγράψει την ανθρώπινη εμπειρία των γεγονότων στα οποία αναφέρεται**. Επίσης, δεν υπονοεί ούτε υποδηλώνει συγκεκριμένες αιτίες ή επιπτώσεις της μετατόπισης, όπως το πόσο άσχημη ήταν, πόσο διαρκεί, ποιοι τομείς της ζωής του ατόμου επηρεάστηκαν κ.ο.κ.



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας

Θυμηθείτε μια φορά που συνειδητοποιήσατε ότι είστε διαφορετικοί/-ές από τους άλλους ανθρώπους και πώς το αντιμετωπίσατε. Ενδεχομένως επισκεφθήκατε μια άλλη χώρα και δεν μιλούσατε ή δεν διαβάζατε την τοπική γλώσσα. Πώς τα καταφέρατε;

Πηγή: culturallyconnected.ca

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] World Health Organization (2023). *Essential knowledge – health and migration*. Retrieved June 2, 2024 from WHO's website.
- [2] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [3] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. New York: United Nations.
- [4] Eurostat (2023). *Residence permits - Statistics on first permits issued during the year*. Retrieved June 2, 2024, from the European Council website.
- [5] European Union Agency for Asylum (2023). *Latest asylum trends 2023*. Retrieved June 2, 2024, from the EUAA website.
- [6] United Nations High Commissioner for Refugees (2024). *Global trends: Forced displacement in 2023*. Copenhagen: UNHCR.
- [7] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex). [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (Επιμ.) (2019). *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της προσφυγικής συνθήκης Συνεργική προσέγγιση*. Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ (Συν-ειρμός Αμκε Κοιν. Αλληλεγγύης) και του Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).]
- [8] World Health Organization (2022). “*Mental health – Key facts*”. Retrieved February 28, 2024, from WHO's website.
- [9] World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: WHO.
- [10] Eiroa-Orosa F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International journal of environmental research and public health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>
- [11] Eiroa-Orosa, F. J. (2017). A proposed inquiry into the effect of sociocultural changes on well-being. In N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa (Eds.), *The Routledge international handbook of critical positive psychology* (pp. 368–376). Routledge.
- [12] Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC. [στην ελληνική: Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2018). *Κατευθυντήριες Οδηγίες της IASC για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη σε Καταστάσεις Έκτακτης Ανάγκης*. Αθήνα: Κέντρο Ημέρας Βαβέλ (Συν-ειρμός Αμκε Κοιν. Αλληλεγγύης).]
- [13] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). Kultursensitive psychotherapie. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [14] International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: IOM.
- [15] Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- [16] Geertz, C. (2017). *The interpretation of cultures* (3rd ed.). Basic Books.

- [17] Street, B. V. (1993). Culture is a verb. In D. Graddol, L. Thompson, & M. Byram (Eds.), *Language and culture* (pp. 23-43). Clevedon, UK: BAAL and Multilingual Matters.
- [18] Castles, S., de Haas, H., & Miller, M. J. (2020). *The age of migration: International population movements in the modern world* (6th ed.). Guilford Press.
- [19] Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Migration and human rights: Improving human rights-based governance of international migration*. New York: United Nations.
- [20] Sironi, A., Bauloz C., and Emmanuel, M. (Eds.) (2019). *Glossary on migration* (International Migration Law, No. 34). Geneva: IOM.
- [21] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *The 1951 Refugee Convention*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [22] United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *UNHCR viewpoint: 'refugee' or 'migrant' – which is right?*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [23] Carling, J. (n.d.). *What is the meaning of 'migrants'?*
- [24] Althaus, A. (2016). The false dichotomy between 'economic migrants' and refugees. *New World; UNAUK Magazine*, 1, 10.
- [25] International Organization for Migration (2022). *IOM movements*. Geneva: IOM.
- [26] International Organization for Migration (2022.). *Phases of migration* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). Retrieved March 1, 2024 from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.
- [27] Etymonline (n.d.). *Refugee*. In *Online etymology dictionary*. Retrieved June 4, 2024.
- [28] United Nations High Commissioner for Refugees (n.d.). *Refugees*. Retrieved May 21, 2024, from the UNHCR website.
- [29] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. London & New York: Routledge. [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (2024). *Ακούσια Αποικεισία – Πέρα από το τραύμα του ξεριζωμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.]

Ενότητα 1.2: Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας

Επισκόπηση ενότητας

Αυτή η διδακτική ενότητα διερευνά τη σχέση μεταξύ μετανάστευσης και υγείας μέσα από το πρίσμα της παγκόσμιας ισότητας στη δημόσια υγεία. Βασισμένη στο πλαίσιο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (ΚΠΥ), περιγράφει τους πολυεπίπεδους κοινωνικούς και διαρθρωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ψυχική ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων σε όλα τα στάδια του μεταναστευτικού τους ταξιδιού. Στο κλείσιμο της ενότητας, αναλύεται ο τρόπος με τον οποίο διάφοροι κοινωνικοί προσδιοριστές διαμορφώνουν την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία των μεταναστευτικών πληθυσμών. Επιπλέον, παρέχεται συμπληρωματικό υλικό με ευρήματα από πρόσφατες ερευνητικές μελέτες επί του θέματος.

Υποενότητες :

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Βασικές έννοιες](#)
3. [Η σχέση μεταξύ υγείας και μετανάστευσης](#)
4. [Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της μετανάστευσης](#)

1. Εισαγωγή

Παράγοντες όπως η φτώχεια, ο δομικός ρατσισμός, οι διακρίσεις, η απομόνωση από την οικογένεια και τα παραδοσιακά κοινωνικά στηρίγματα, καθώς και η περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αποτελούν κύριες αιτίες **ανισοτήτων στην ψυχική υγεία** μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων [1]. Είναι επίσης γνωστό ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες **πλήττονται δυσανάλογα από πρόσφατες κρίσεις** όπως η πανδημία COVID-19, η κλιματική αλλαγή και οι συγκρούσεις, καθώς και από κρίσεις επισιτισμού και κόστους ζωής [2]. Παρά το γεγονός ότι λίγα είναι γνωστά σχετικά με το πώς να αντιμετωπιστούν και να μειωθούν αποτελεσματικά οι διαφορές στις εκβάσεις ψυχικής υγείας μεταξύ

διαφορετικών ομάδων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τονίζει τη **διασύνδεση των κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στη διαμόρφωση της ευεξίας** [1-3].

Σε αυτήν την ενότητα, επιδιώκουμε να παράσχουμε μια σαφέστερη κατανόηση της ψυχικής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων χρησιμοποιώντας το πλαίσιο του ΠΟΥ για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (ΚΠΥ). Αξιοποιώντας ως αφετηρία τις ιδέες των Dahlgren και Whitehead [4], θεωρούμε ότι η ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων καθορίζεται, μεταξύ άλλων παραγόντων, από τις **συνθήκες στις οποίες ζουν και εργάζονται, καθώς και από τον αντίκτυπο αυτών των συνθηκών κατά τη διάρκεια της ζωής τους.**

→ **BINTEO:** [Ισότητα στην υγεία](#) (EN) 

2. Βασικές έννοιες

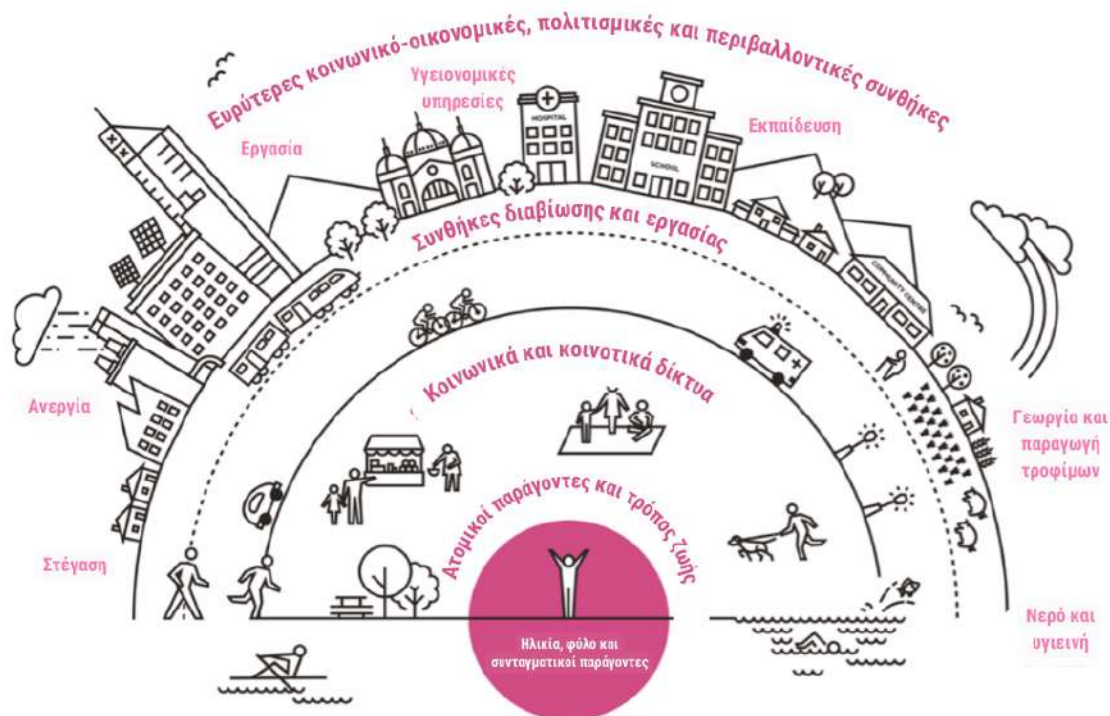
Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «οι **κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας** (ΚΠΥ) αναφέρονται στους μη ιατρικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις εκβάσεις υγείας των ανθρώπων. Είναι οι συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται, ζουν και γερνούν, καθώς και το ευρύτερο σύνολο δυνάμεων και συστημάτων που διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης των ανθρώπων στην εξουσία, τα χρήματα και τους πόρους» [1,2,5]. **Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας μας επηρεάζουν όλες και όλους.** Σε ιδανικές συνθήκες, μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά και να συμβάλουν στη διατήρηση της καλής υγείας. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι –ιδίως εκείνοι που ανήκουν σε ιστορικά μειονεκτούσες ομάδες– έρχονται αντιμέτωποι με κοινωνικούς παράγοντες που επιδεινώνουν την υγεία τους, οδηγώντας σε αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας [6].

→ **BINTEO:** [Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας](#) (EN) 

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα μοντέλα που επιχειρούν να αποτυπώσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ευεξία. Ένα ίσως από τα πιο επιδραστικά και ευρέως χρησιμοποιούμενα μοντέλα για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στη δημόσια υγεία είναι το «Ουράνιο Τόξο» των Dahlgren και Whitehead, το οποίο δημιουργήθηκε το 1991 από τον Göran Dahlgren και τη Margaret Whitehead [4]. Το μοντέλο απεικονίζεται συνήθως ως ένα ουράνιο τόξο (βλ. Εικόνα 1.2.1), στο οποίο το άτομο βρίσκεται στο κέντρο και περιβάλλεται από ομόκεντρα στρώματα. Κάθε στρώμα αντιπροσωπεύει διαφορετικά επίπεδα επιρροής στην υγεία. Σε αντίθεση με τα ιατροκοιμημένα μοντέλα που εστιάζουν κυρίως στα βιολογικά αίτια συγκεκριμένων ασθενειών, το μοντέλο των Dahlgren και Whitehead περιγράφει μια σειρά από παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (ή προσδιοριστές) σε πολλαπλά, ιεραρχικά επίπεδα – από τους ατομικούς παράγοντες έως τις γενικές κοινωνικο-οικονομικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες.

Εικόνα 1.2.1. «Οι ευρύτεροι προσδιοριστές της υγείας»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση από την Κυβέρνηση της πολιτείας Βικτώρια, 2019, [Victorian public health and wellbeing plan 2019–2023](#), σ. 6 (προσαρμοσμένο από το μοντέλο του ουράνιου τόξου των Dahlgren-Whitehead, Σεπτέμβριος 1991)

Η μετάφραση αυτού του γραφήματος από την ομάδα του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τους αρχικούς δημιουργούς του.

1. **Ατομικοί παράγοντες:** Το εσωτερικό στρώμα αναφέρεται στα προσωπικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών/κληρονομικών παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η ικανότητα. Οι ατομικοί παράγοντες του τρόπου ζωής περιγράφουν προσωπικές συμπεριφορές υγείας, όπως η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η χρήση αλκοόλ και ουσιών και άλλα. **Στο πλαίσιο της μετανάστευσης, οι ατομικοί παράγοντες του τρόπου ζωής μπορεί να περιλαμβάνουν προσωπικές εμπειρίες, στρατηγικές αντιμετώπισης προκλήσεων και ανθεκτικότητα.**
2. **Κοινωνικά και κοινοτικά δίκτυα:** Το επόμενο επίπεδο περιλαμβάνει τις κοινωνικές συνθήκες, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας και των ευρύτερων κοινωνικών κύκλων. **Για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, το επίπεδο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει εμπειρίες κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού και πηγές υποστήριξης, όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι γείτονες και τα δίκτυα της τοπικής κοινότητας.**
3. **Συνθήκες διαβίωσης και εργασίας:** Αυτό το επίπεδο επικεντρώνεται στις ευρύτερες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που επηρεάζουν την υγεία, όπως η στέγαση, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες πρόνοιας, καθώς και η επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. **Για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη διαβίωση σε συνθήκες υπερπληθυσμού ή ανασφάλειας, προκλήσεις στην κάλυψη βασικών αναγκών επιβίωσης, αδυναμία άσκησης δραστηριοτήτων δημιουργίας εισοδήματος, επισφαλείς καταστάσεις απασχόλησης και περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.**
4. **Ευρύτερες κοινωνικο-οικονομικές, πολιτισμικές και περιβαλλοντικές συνθήκες:** Το εξωτερικό στρώμα αντιπροσωπεύει τους ευρύτερους κοινωνικοοικονομικούς, πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που διαμορφώνουν την υγεία. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν τις δυνάμεις και τα συστήματα που διαμορφώνουν τις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των εισοδηματικών ανισοτήτων, των κοινωνικών κανόνων και αξιών, των αναπτυξιακών προγραμμάτων και των περιβαλλοντικών προσδιοριστών της υγείας. **Παραδείγματα στο πλαίσιο της μετανάστευσης είναι οι διακρίσεις και η ξενοφοβία, οι εχθρικές μεταναστευτικές πολιτικές, οι πολιτικές της αγοράς εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των διαφοροποιήσεων βάσει της φυλής και του φύλου στις συνθήκες απασχόλησης, και οι ευρύτεροι γεωπολιτικοί παράγοντες.**

Πρωτογενείς ([upstream]), ενδιάμεσοι (midstream) και δευτερογενείς ([downstream]) προσδιοριστές

Στον ευρύτερο τομέα της δημόσιας υγείας, οι όροι «**πρωτογενείς**» (upstream), «**ενδιάμεσοι**» (midstream) και «**δευτερογενείς**» (downstream) **προσδιοριστές** χρησιμοποιούνται εδώ και χρόνια για να περιγράψουν διαφορετικά επίπεδα παρέμβασης σε άτομα, ομάδες και κοινότητες. Η μεταφορά «upstream – downstream» (που θα μπορούσε να αποδοθεί ως «στην πηγή» και «στη ροή» ενός ποταμού

αντίστοιχα) έγινε ευρέως γνωστή το 1975 μέσα από μια ιστορία/παραβολή (βλ. βίντεο παρακάτω) και έκτοτε χρησιμοποιείται για να αναδείξει **το αδιέξοδο που προκύπτει όταν αντιμετωπίζουμε αποκλειστικά τα συμπτώματα ενός προβλήματος, χωρίς να εστιάζουμε στις βαθύτερες αιτίες του** [7].

→ **BINTEO:** [«Με το ρεύμα» της Δημόσιας Υγείας](#) (EN) 

Φανταστείτε ότι βρίσκεστε κοντά σε ένα ποτάμι και ξαφνικά βλέπετε ένα άτομο να παρασύρεται από τα νερά, καλώντας για βοήθεια. Χωρίς δεύτερη σκέψη, πηδάτε στο ποτάμι και τον/την σώζετε. Λίγα λεπτά αργότερα, βλέπετε άλλον έναν άνθρωπο να παρασύρεται και τον τραβάτε κι αυτόν έξω. Καθώς συνεχίζετε να διασώζετε ανθρώπους, παρατηρείτε ότι όλο και περισσότεροι εμφανίζονται στη ροή του ποταμού. Τελικά, **κάποιος αποφασίζει να περπατήσει αντίθετα στη ροή, προς την πηγή του ποταμού, για να διαπιστώσει τι προκαλεί αυτή την κατάσταση.** Εκεί ανακαλύπτει ότι υπάρχει μια κατεστραμμένη γέφυρα, από την οποία πέφτουν άνθρωποι στο νερό. **Αντί να συνεχίσει να σώζει άτομα στην κάτω ροή του ποταμού, επικεντρώνεται στο να επισκευάσει τη γέφυρα, προλαμβάνοντας έτσι το πρόβλημα από την πηγή του.**

Όπως υποδηλώνει αυτή η μεταφορά, **οι συνθήκες που διαμορφώνονται «στην πηγή» επηρεάζουν αναπόφευκτα όσα συμβαίνουν «στη ροή» των γεγονότων.** Οι πρωτογενείς παράγοντες («στην πηγή») καθορίζουν το γενικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαμορφώνονται οι ατομικές επιλογές και συμπεριφορές, που αποτελούν τους δευτερογενείς παράγοντες («στη ροή»). Για παράδειγμα, τα κοινωνικά πρότυπα και οι οικονομικές πολιτικές («στην πηγή») μπορούν να επηρεάσουν τις προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής και τις συμπεριφορές υγείας («στη ροή») [8,9].

- **Οι πρωτογενείς παράγοντες («στην πηγή»)** αφορούν διαρθρωτικούς προσδιοριστές που επηρεάζουν τις κοινότητες σε μεγάλη κλίμακα και συχνά με άνισο τρόπο. Παράγοντες όπως οι εισοδηματικές ανισότητες, οι θεσμικές διακρίσεις και η κοινωνική περιθωριοποίηση αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα που εμποδίζουν τη διατήρηση της καλής υγείας.
- **Οι ενδιάμεσοι παράγοντες** σχετίζονται με κοινωνικές ανάγκες και δρουν σε επίπεδο κοινοτήτων, γειτονιών και τοπικών θεσμών. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η έλλειψη στέγης,

η επισιτιστική ανασφάλεια, η περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και η ανεπάρκεια διαθέσιμων πόρων.

- **Οι δευτερογενείς παράγοντες («στη ροή»)** αφορούν τις πιο άμεσες ανάγκες των ανθρώπων σε ατομικό ή οικογενειακό επίπεδο. Περιλαμβάνουν τις προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής, τις συμπεριφορές υγείας, τις ασθένειες και τους εκούσιους ή ακούσιους τραυματισμούς.

Πώς μπορούμε λοιπόν να διεξάγουμε έρευνα επί των πρωτογενών παραγόντων που συνδέονται με τα λεγόμενα αίτια της κακής υγείας; Ένα χρήσιμο γράφημα στην αγγλική γλώσσα, το οποίο είναι διαθέσιμο στο  **Αποθετήριο**, απεικονίζει ορισμένα παραδείγματα παρεμβάσεων και στα τρία παραπάνω επίπεδα. Μπορεί να χρησιμεύσει ως οδηγός για το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται με μετανάστες και πρόσφυγες, βοηθώντας τους/τες να κατανοήσουν τον προσωπικό και συλλογικό αντίκτυπο κάθε παρέμβασης σε κάθε επίπεδο (βλ. 1.2 - Εικόνα 1.2.1-R «Κοινωνικοί προσδιοριστές και κοινωνικές ανάγκες: Προχωρώντας πέρα από τους ενδιάμεσους παράγοντες»).

Περισσότερες πρακτικές πληροφορίες σχετικά με το θέμα, ιδίως σε ό,τι αφορά την έννοια της δομικής επάρκειας (δηλαδή την ικανότητα ενός/μιας επαγγελματία να αναγνωρίζει και να κατανοεί τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές δομές και ανισότητες που επηρεάζουν την υγεία και την ευεξία των ατόμων και κοινοτήτων [10]), θα δοθούν στο Μάθημα 3, Ενότητα 3.2: Πολιτισμική επίγνωση.

3. Η σχέση μεταξύ υγείας και μετανάστευσης

Το καταστατικό του ΠΟΥ ορίζει την **υγεία** ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» [11]. Η υγεία των μεταναστών αναφέρεται στις διαφορές που μπορεί να παρατηρηθούν στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του πληθυσμού αυτού, τόσο στις κοινότητες προέλευσης όσο και στις κοινότητες υποδοχής, καθώς και σε όλα τα στάδια της μεταναστευτικής διαδικασίας [12]. **Οι ίδιες οι διαδικασίες της μετανάστευσης μπορούν να επηρεάσουν την υγεία, ενώ, αντίστοιχα, η κατάσταση της υγείας μπορεί να διαμορφώσει τις εξελίξεις και τα αποτελέσματα της μεταναστευτικής εμπειρίας** (βλ. Εικόνα 1.2.3 σχετικά με τις φάσεις της μετανάστευσης που παρουσιάστηκαν εκτενέστερα στην Ενότητα 1.1) [13].

Εικόνα 1.2.3. «Πτυχές των διαφόρων φάσεων της μετανάστευσης που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των μεταναστών»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, 2023, [Migration health throughout the migration phases](#), Εγχειρίδιο EEM2.0 – Υγεία και μετανάστευση (προσαρμοσμένο από Vearey, Hui, and Wickramage, 2019)

Η μετάφραση αυτού του γραφήματος από την ομάδα του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τον ΔΟΜ.

Η μετανάστευση δεν αποτελεί εγγενώς κίνδυνο για την υγεία. Ωστόσο, οι συνθήκες που περιβάλλουν τη μεταναστευτική διαδικασία (όπως τα μη ασφαλή ταξίδια, οι αλλαγές στην κατανομή των ασθενειών και η κακή διατροφή) μπορούν να συμβάλουν σε αρνητική έκβαση της υγείας. Η μετανάστευση μπορεί επίσης να επηρεάσει την ψυχική υγεία των μεταναστών επιδεινώνοντας τις προϋπάρχουσες ευπάθειες και δυσχεραίνοντας την ανθεκτικότητά τους [14]. Αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές για εκείνους που μεταναστεύουν ακούσια, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που διαφεύγουν από φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές, συγκρούσεις και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, καθώς και

εκείνων που βρίσκονται σε παράτυπο καθεστώς. Για παράδειγμα, οι μετανάστες που διασχίζουν τα διεθνή σύνορα χωρίς άδεια μπορεί να αντιμετωπίσουν κινδύνους όπως η εκμετάλλευση από διακινητές, με αποτέλεσμα καταχρηστικές και επιβλαβείς καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο την ψυχική και σωματική τους υγεία [13].

© **Καίριο σημείο:** Η υγεία των μεταναστών λεπτομερώς

→ **Κίνδυνοι για την υγεία πριν από την αναχώρηση**

Συχνά, οι συνθήκες που επικρατούν πριν από την αναχώρηση καθορίζουν την υγεία και την ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο του εκτοπισμού, η φάση πριν από την αναχώρηση συμπίπτει από γεγονότα που βρίσκονται εκτός του ελέγχου του ατόμου. Πριν από τη μετανάστευση, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν ήδη βιώσει:

- υποβαθμισμένη υγεία λόγω ανεπαρκούς διατροφής, περιορισμένης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη ή έλλειψης προγραμμάτων δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών ρουτίνας στην παιδική ηλικία
- δύσκολες συνθήκες διαβίωσης που συνέβαλαν στη φυγή τους από τη χώρα καταγωγής τους
- βία, τραύμα ή κακοποίηση, επιδεινώνοντας περαιτέρω τις ευπάθειες στην υγεία τους

→ **Κίνδυνοι για την υγεία κατά τη διάρκεια του μεταναστευτικού ταξιδιού**

Η φάση της διέλευσης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των μεταναστών και των προσφύγων λόγω των ακόλουθων παραγόντων:

- μακρά και επισφαλή ταξίδια για όσους αναγκάζονται να μεταναστεύσουν χωρίς νόμιμα έγγραφα
- συνθήκες ταξιδιού που μπορεί να περιλαμβάνουν πολλές ημέρες στη διάρκεια των οποίων άτομα παραμένουν κρυμμένα σε φορτηγό ή στριμωγμένα σε μικρό χώρο σε πλοίο (συνήθως χρησιμοποιείται για τη διέλευση του Ατλαντικού ή της Μεσογείου) ή κάτω από κινούμενα τρένα
- ταξίδια κατά μόνας ή σε μεγάλη ομάδα, με ειδικές προκλήσεις για ορισμένες ομάδες, όπως τα παιδιά (ιδίως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι), οι γυναίκες και τα άτομα με αναπηρία
- προκλήσεις που σχετίζονται με τη δυνατότητα των συστημάτων υγείας να φιλοξενήσουν μεγάλες ομάδες ανθρώπων κατά μήκος των μεταναστευτικών διαδρομών λόγω οξείας καταστροφής ή ανόδου της στάθμης της θάλασσας (περιβαλλοντικός εκτοπισμός)

→ **Κίνδυνοι για την υγεία στις χώρες προορισμού**

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μπορεί να κινδυνεύουν από κακή υγεία στις χώρες προορισμού λόγω διαφόρων παραγόντων, όπως:

- κακές συνθήκες διαβίωσης
- περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και άλλες υπηρεσίες
- αποχωρισμός από την οικογένεια και τα αγαπημένα πρόσωπα
- αλλαγές στον τρόπο ζωής και προσαρμογή στις υγειονομικές πρακτικές, τις διατροφικές συνήθειες και τα πρότυπα δραστηριότητας της χώρας προορισμού, που μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, διαβήτη και καρδιαγγειακών παθήσεων
- ξενοφοβικές συμπεριφορές από τις κοινότητες υποδοχής, συμπεριλαμβανομένων των παρόχων υγείας, οι οποίες μπορεί να επιδεινώσουν την έκβαση της υγείας των μεταναστών, καθώς και να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό, διακρίσεις και εκμετάλλευση
- σε υπαρξιακό και πνευματικό επίπεδο, η απώλεια της αίσθησης παντοδυναμίας (δηλαδή της ιδέας ότι έχουν απόλυτη εξουσία πάνω στη ζωή τους), η οποία οδηγεί σε απώλεια της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης και –ελλείψει ευκαιριών για δημιουργία νέου νοήματος– σε μια πιο μόνιμη αίσθηση υπαρξιακής απώλειας και απομόνωσης

4. Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της μετανάστευσης

Όπως συζητήθηκε στην προηγούμενη ενότητα, ο ΠΟΥ αντιλαμβάνεται την ψυχική υγεία ως «μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας στην οποία οι άνθρωποι μπορούν να πραγματώσουν τις δυνατότητές τους, να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές πιέσεις, να εργαστούν και να συνεισφέρουν στη ζωή της κοινότητάς τους» [5]. Ο κατάλογος που ακολουθεί παρέχει ορισμένα παραδείγματα κοινωνικών προσδιοριστών της ψυχικής υγείας που μπορούν να επηρεάσουν τις εκβάσεις ψυχικής υγείας με θετικούς και αρνητικούς τρόπους:

- Στέγαση, βασικές παροχές και περιβάλλον
- Εισόδημα και κοινωνική προστασία
- Εκπαίδευση
- Απασχόληση

- Γλωσσικές δεξιότητες και διερμηνεία
- Νομικό καθεστώς και διαδικασία αίτησης ασύλου
- Πρόσβαση σε οικονομικά προσιτές υπηρεσίες υγείας αξιοπρεπούς ποιότητας
- Κουλτούρα, πνευματικότητα και θρησκευτικό υπόβαθρο
- Κοινωνική ένταξη και κοινωνική απομόνωση
- Προκατάληψη, ρατσισμός και διαρθρωτικές διακρίσεις

Μια εκτενέστερη επισκόπηση του τρόπου με τον οποίο καθένας από αυτούς τους προσδιοριστές μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων είναι διαθέσιμη στην αγγλική γλώσσα στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 1.2 - Έντυπο 1. «Κοινωνικοί προσδιοριστές της ψυχικής υγείας λεπτομερώς»).

Η αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστών της ψυχικής υγείας στο πλαίσιο της μετανάστευσης και του εκτοπισμού απαιτεί **μια εμπεριστατωμένη προσέγγιση που υπερβαίνει τη θεραπεία μεμονωμένων συμπτωμάτων**. Οι παρεμβάσεις θα πρέπει να έχουν στον πυρήνα τους **ψυχοκοινωνικά στοιχεία**, λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη τις **ευρύτερες συνθήκες που διαμορφώνουν τη βιωμένη εμπειρία των μεταναστών και των προσφύγων** [1,2,5,15].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Hynie M. (2018). The social determinants of refugee mental health in the post-Migration context: A critical review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [2] World Health Organization (2023). *Draft operational framework for monitoring social determinants of health equity*. Retrieved April 9, 2024 from WHO's website.
- [3] Mawani, F. N. (2014). Social determinants of refugee mental health. In L. Simich & L. Andermann (Eds.), *Refuge and resilience: Promoting resilience and mental health among resettled refugees and forced migrants* (pp. 27–50). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-7923-5_3
- [4] Dahlgren, G., and Whitehead M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies. Retrieved February 14, 2024 from the CORE database.
- [5] World Health Organization (2015). *What are social determinants of health?* Retrieved April 9, 2024 from WHO's website.
- [6] NASEM (2019). *Integrating social care into the delivery of health care: Moving upstream to improve the nation's health*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25467>
- [7] McMahon N. E. (2022). Framing action to reduce health inequalities: what is argued for through use of the 'upstream-downstream' metaphor? *Journal of public health (Oxford, England)*, 44(3), 671–678. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab157>
- [8] McKinlay J.B. (1975). A case for refocusing upstream: the political economy of illness. Applying behavioral science to cardiovascular risk: proceedings of a conference. *American Heart Association*, 7–17.
- [9] Hahn R. A. (2021). What is a social determinant of health? Back to basics. *Journal of public health research*, 10(4), 2324. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2324>
- [10] Wang E. E. (2019). Structural Competency: What is it, why do we need it, and what does the structurally competent emergency physician look like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>
- [11] World Health Organization (2020). *Basic documents: Forty-ninth edition* (including amendments adopted up to 31 May 2019). Geneva: WHO.
- [12] Vearey, J., Hui, C., & Wickramage, K. (2019). Chapter 7: Migration and health – Current issues, governance and knowledge gaps. In IOM World Migration Report 2020 (pp. 209–228). <https://doi.org/10.18356/9ea52c60-en>
- [13] International Organization for Migration (2022). *Migration health throughout the migration phases* (EMM2.0 Handbook, The Global Context of International Migration). (EMM2.0 Handbook, Health and Migration). Retrieved March 5, 2024 from the Essentials of Migration Management (EMM2.0) programme website.
- [14] Davies, A., Basten, A., and Frattini, C. (2009). *Migration: a social determinant of the health of migrants*. Geneva: IOM.
- [15] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.

Ενότητα 1.3: Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας

Επισκόπηση ενότητας

Η παρούσα διδακτική ενότητα διερευνά τους παράγοντες κινδύνου, τους προστατευτικούς παράγοντες και τους παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας για την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων. Δίνεται έμφαση στη σημασία διαφόρων παραγόντων σε μικρο-, μεσο- και μακρο-επίπεδο, οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία ανθρώπων που έχουν βιώσει διάφορες μορφές αντιξοότητας. Βασισμένη στην παγκόσμια βιβλιογραφία και τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ, η ενότητα ολοκληρώνεται με συμπληρωματικό υλικό που αναδεικνύει τις ξεχωριστές προκλήσεις και προστατευτικές επιδράσεις που μπορεί να βιώνουν συγκεκριμένοι υποπληθυσμοί.

Υποενότητες:

1. [Ένα κοινωνικο-οικολογικό πλαίσιο κατανόησης της ψυχικής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων](#)
 2. [Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες](#)
 3. [Παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας απέναντι στις αντιξοότητες](#)
 4. [Ιδιαίτερες προκλήσεις και προστατευτικές επιδράσεις για συγκεκριμένους υποπληθυσμούς](#)
-
1. **Ένα κοινωνικο-οικολογικό πλαίσιο κατανόησης της ψυχικής υγείας των μεταναστών και των προσφύγων**

Το κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο (ΚΟΙΜ), γνωστό και ως «**θεωρία οικολογικών συστημάτων**», διαμορφώθηκε από τον ρωσικής καταγωγής Αμερικανό ψυχολόγο Urie Bronfenbrenner τη δεκαετία του 1970, με στόχο την καλύτερη κατανόηση της ανθρώπινης ανάπτυξης. Η θεωρία αυτή επισημοποιήθηκε τη δεκαετία του 1980. Σύμφωνα με την κοινωνικο-οικολογική οπτική του Bronfenbrenner, **για να κατανοήσουμε την ανθρώπινη ανάπτυξη, είναι απαραίτητο να εξετάσουμε ολόκληρο το οικολογικό σύστημα μέσα στο οποίο αυτή εξελίσσεται** [1].

Το μοντέλο έχει υποστεί πολλές προσαρμογές και ερμηνείες με την πάροδο των ετών. Ωστόσο, στη βασική του μορφή, υποδηλώνει ότι η ατομική συμπεριφορά είναι ενσωματωμένη σε ένα σύνθετο δίκτυο παραγόντων που δρουν σε πολλαπλά επίπεδα (ενδοπροσωπικό, διαπροσωπικό, θεσμικό, κοινοτικό και επίπεδο δημόσιας πολιτικής), δίνοντας έμφαση στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους. Αυτό το δίκτυο περιλαμβάνει **συστήματα στα οποία το άτομο εμπλέκεται άμεσα**, όπως οι γειτονιές ή τα σχολεία, καθώς και **συστήματα που είναι πιο απομακρυσμένα από την άμεση αλληλεπίδραση ή επιρροή**, όπως η κοινότητα, η πολιτική και η κοινωνία [2].

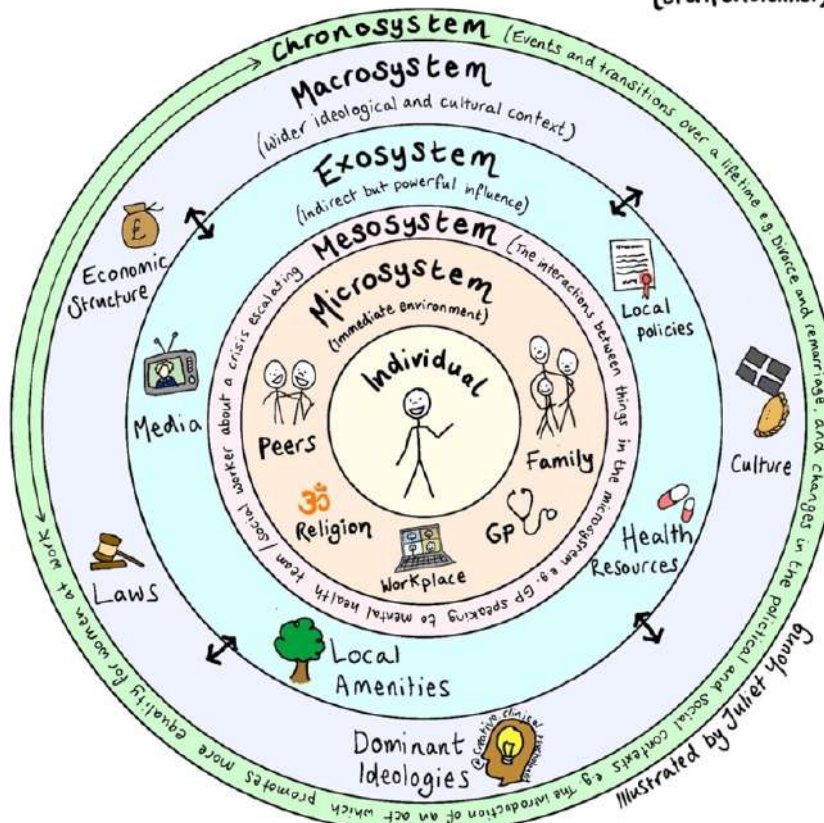
Το μοντέλο των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (ΚΠΥ), το οποίο αναφέρθηκε εκτενέστερα στην προηγούμενη ενότητα, και το κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο (ΚΟΙΜ) είναι έννοιες στενά συνδεδεμένες, καθώς και οι δυο αναδεικνύουν **τη σημασία των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας**. Ωστόσο, οι ΚΠΥ επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες συνθήκες και περιβάλλοντα που επηρεάζουν την υγεία, ενώ το ΚΟΙΜ προσφέρει **ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την κατανόηση των πολυεπίπεδων αλληλεπιδράσεων που διαμορφώνουν την ατομική συμπεριφορά και ευεξία**. Το ΚΟΙΜ αναγνωρίζει επίσης ότι **οι διάφοροι παράγοντες μπορεί να τέμνονται άμεσα και να λειτουργούν ταυτόχρονα σε πολλαπλά επίπεδα (διαθεματικότητα - intersectionality)**, επηρεάζοντας τους ανθρώπους διαφορετικά, με βάση τις σωρευτικές και διασταυρούμενες εμπειρίες τους [2,3]. Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έννοια της διαθεματικότητας σε σχέση με την ψυχική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων παρέχονται στο Μάθημα 2, Ενότητα 2.2: Διαθεματική προοπτική της μετανάστευσης και της ψυχικής υγείας.

Το γράφημα που ακολουθεί (Εικόνα 1.3.1, διαθέσιμο μόνο στην αγγλική γλώσσα) παρουσιάζει ένα ενδεικτικό παράδειγμα των **διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ευεξία σε πολλαπλά επίπεδα: ατομικό, οικογενειακό, οικογενειακό, επίπεδο οργανισμού, κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο (μικρο-, μεσο-, εξω- και μακρο-επίπεδο ή σύστημα)**. Αυτοί οι παράγοντες **εξελισσονται και αλληλεπιδρούν με την πάροδο του χρόνου, μια διάσταση που συχνά περιγράφεται ως «χρονοσύστημα»**. Το Πανεπιστήμιο της Μινεσότα διαθέτει [ένα πιο λεπτομερές γράφημα](#), επίσης στην αγγλική γλώσσα, το οποίο αντικατοπτρίζει όσα γνωρίζουμε από την έρευνα από μια κοινωνικο-

οικολογική οπτική σκοπιά [3]. Το έγγραφο αυτό έχει συμπεριληφθεί στο [Αποθετήριο](#) για περαιτέρω μελέτη (βλ. Ενότητα 1, Χρήσιμες πηγές).

Εικόνα 1.3.1. «Η θεωρία των οικολογικών συστημάτων του Bronfenbrenner στο πλαίσιο της κοινοτικής ψυχολογίας»

Ecological Systems Theory (Bronfenbrenner, 1979)



Σημείωση: Γράφημα που δημιουργήθηκε από την κλινική ψυχολόγο Dr. Juliet Young, Αύγουστος 2021

Αν και η έρευνα από μόνη της δεν μπορεί να αποτυπώσει πλήρως τις εμπειρίες των ανθρώπων, προσφέρει ένα σημαντικό πλαίσιο που συμβάλλει στην κατανόηση της ψυχικής υγείας στα πλαίσια της μετανάστευσης και του εκτοπισμού. Το συγκεκριμένο μοντέλο προάγει μια ολιστική προσέγγιση στην ψυχική υγεία, δίνοντας έμφαση σε μια προσέγγιση βασισμένη στα δυνατά σημεία, με έμφαση στην

ανθεκτικότητα και την ανάκαμψη, αντί για την εστίαση αποκλειστικά στην ασθένεια. Πρόκειται για ένα μοντέλο που ισχύει για όλους τους ανθρώπους και καλύπτει ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής τους [3].

Τα παρακάτω βίντεο παρέχουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την οικολογική προοπτική και την ιστορία και την ανάπτυξη της θεωρίας των οικολογικών συστημάτων του Bronfenbrenner.

- **BINTEO:** [Τι είναι η οικολογική προσέγγιση; Βασικές αρχές και βασικές έννοιες της κοινοτικής ψυχολογίας](#) (EN) 
- **BINTEO:** [Οικολογικά συστήματα του Bronfenbrenner: 5 Δυνάμεις που επηρεάζουν τις ζωές μας](#) (EN) 

2. Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας, πολλαπλοί ατομικοί, κοινωνικοί και διαρθρωτικοί προσδιοριστές μπορούν να συνδυαστούν για να προστατεύσουν ή να υπονομεύσουν την ψυχική μας υγεία και να μετατοπίσουν τη θέση μας στο συνεχές της ψυχικής υγείας» [4]. Ατομικοί ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες, όπως οι συναισθηματικές δεξιότητες, η χρήση ουσιών και η γενετική, μπορούν να αυξήσουν την ευπάθεια σε ψυχικές προκλήσεις. Όπως είδαμε στην προηγούμενη ενότητα, οι δυσμενείς κοινωνικές, οικονομικές, γεωπολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως η φτώχεια, η βία, η ανισότητα και η περιβαλλοντική αποστέρηση, αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο κακής ψυχικής υγείας. Αυτοί οι κίνδυνοι (ή παράγοντες κινδύνου) μπορούν να εκδηλωθούν σε όλα τα στάδια, αλλά τείνουν να είναι ιδιαίτερα επιβλαβείς κατά τη διάρκεια ευαίσθητων αναπτυξιακών περιόδων, ιδίως στην πρώιμη παιδική ηλικία.

Οι προστατευτικοί παράγοντες, οι οποίοι επίσης εμφανίζονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας, χρησιμεύουν στο να μειώσουν ή να αποτρέψουν τον κίνδυνο αρνητικών εκβάσεων για την ψυχική υγεία, ενισχύοντας την ικανότητά μας να αντιμετωπίζουμε δυσμενείς συνθήκες. Περιλαμβάνουν

κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες, θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ποιοτική εκπαίδευση, αξιοπρεπή απασχόληση, ασφαλείς γειτονιές και ισχυρούς κοινοτικούς δεσμούς. Οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες αποτελούν βασικά στοιχεία για την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας, η οποία συχνά αναφέρεται ως η ικανότητα να αντέχει κανείς τις αντιξοότητες και να ανακάμπτει από δύσκολα γεγονότα της ζωής [5]. Οι προστατευτικοί παράγοντες και οι παράγοντες κινδύνου στο πλαίσιο της μετανάστευσης περιγράφονται λεπτομερώς παρακάτω (Εικόνα 1.3.2).

Εικόνα 1.3.2. «Παράγοντες κινδύνου και προστασίας για την ψυχική υγεία σε πρόσφυγες και μετανάστες»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπαρήχθη από την ομάδα EU-MiCare με βάση πληροφορίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ, 2018, [Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants](#), σ. 4, Κοπεγχάγη)

Η αναπαραγωγή αυτού του γραφήματος δεν υποδηλώνει έγκριση από τον ΠΟΥ.

Οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες λειτουργούν σε διάφορα κοινωνικά επίπεδα. Οι τοπικές απειλές επηρεάζουν τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες, ενώ οι παγκόσμιες

προκλήσεις, όπως η οικονομική ύφεση, οι εξάρσεις νόσων, οι ανθρωπιστικές κρίσεις, οι αναγκαστικές εκτοπίσεις και η κλιματική αλλαγή, απειλούν ολόκληρους πληθυσμούς [4-6]. **Κάθε παράγοντας κινδύνου και προστατευτικός παράγοντας από μόνος του έχει περιορισμένη προγνωστική ισχύ.** Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν εμφανίζουν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής και μπορούν να ανακάμψουν πλήρως παρά την έκθεση σε πολλαπλές αντιξοότητες, ενώ κάποιος μπορεί να αναπτύξουν ψυχικές προκλήσεις χωρίς να έχουν επηρεαστεί εμφανώς από παράγοντες κινδύνου. Η αλληλεπίδραση διαφόρων προσδιοριστών διαμορφώνει την ψυχική υγεία και οι πολλαπλοί ψυχοπιεστικοί παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν συλλογικά σε ψυχολογική δυσφορία [6].

Όπως αναφέρει η Διεθνής Ομοσπονδία Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου (IFRC), «δεν χρειάζεται να είναι ένα μόνο μαζικό γεγονός που οδηγεί σε ψυχολογική δυσφορία ή προκλήσεις ψυχικής υγείας, μπορεί να είναι μια συσσώρευση πολλαπλών διαφορετικών ψυχοπιεστικών παραγόντων. Σε κάθε χρονική στιγμή, ένα ποικιλόμορφο σύνολο ατομικών, οικογενειακών, κοινοτικών και διαρθρωτικών παραγόντων μπορεί να συνδυαστούν για να προστατεύσουν ή να υπονομεύσουν την ψυχική υγεία» [7]. **Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ανθεκτικοί, όσοι εκτίθενται σε αντίξοες συνθήκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.**

Πρόσθετες πληροφορίες στην αγγλική γλώσσα μπορείτε να βρείτε στο  [Αποθετήριο](#) (βλέπε 1.3 – Πίνακας 1.3.1-R «Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες για την προαγωγή της ανθεκτικότητας» και Πίνακας 1.3.2-R «Πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες»).

3. Παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας απέναντι στις αντιξοότητες

Τι είναι λοιπόν η ανθεκτικότητα; Σε γενικές γραμμές, ως **ανθεκτικότητα** ορίζεται τόσο η **ικανότητα του ατόμου να αντέχει εμπειρίες τραύματος και στρες** όσο και η **ικανότητα να παραμένει ενεργά εμπλεκόμενο στα καθήκοντα της ζωής του**, ιδίως στην προσπάθεια να αποκαταστήσει τα αποθέματα ή τους πόρους που χάνονται σε περιόδους αντιξοότητας [8]. Η βασική παραδοχή είναι ότι **όλοι οι άνθρωποι έχουν μια έμφυτη τάση να αποκτούν, να διατηρούν, να καλλιεργούν και να προστατεύουν**

αποθέματα και πόρους που αξιοποιούν για την επιβίωση και την ευεξία τους. Πολλοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της βιολογίας, της ψυχολογίας, των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και του πολιτισμού μας, επηρεάζουν την ανθεκτικότητα, και όλοι μαζί διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο διαχειριζόμαστε το στρες [9].

Όταν μιλάμε για ανθεκτικότητα, είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε αν τη βλέπουμε ως προσωπικό χαρακτηριστικό, διαδικασία ή έκβαση. Είναι εύκολο να σκεφτεί κανείς ότι η ανθεκτικότητα είναι κάτι που είτε έχεις είτε δεν έχεις, αλλά στην πραγματικότητα η **ανθεκτικότητα υπάρχει σε ένα συνεχές φάσμα. Η ανθεκτικότητα μπορεί να ποικίλλει σε ισχύ και να εμφανίζεται σε διαφορετικό βαθμό σε διάφορους τομείς της ζωής** [9].

Οι παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας ενδυναμώνουν την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία απέναντι στις αντιξοότητες. Αυτό αποτελεί μια εξήγηση ως προς το γιατί δεν αναπτύσσουν αρνητικές εκβάσεις ψυχικής υγείας όλοι οι άνθρωποι που έχουν εκτεθεί σε αντίξοες συνθήκες [10]. Οι παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας περιλαμβάνουν επίσης ένα φάσμα δραστηριοτήτων, σεναρίων και συνθηκών, όπως οι υποστηρικτικές σχέσεις, η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει και να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες, το καλό εργασιακό περιβάλλον και άλλα [11,12].

Ένα χρήσιμο γράφημα στην αγγλική γλώσσα, το οποίο περιλαμβάνει ορισμένους παράγοντες που προαγάγουν την ανθεκτικότητα, μπορεί να βρεθεί στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 1.3 - Εικόνα 1.3.1-R «Πέντε παράγοντες που προαγάγουν την ανθεκτικότητα»). Σημειώστε ότι πολλοί παράγοντες προάγουν την ανθεκτικότητα. **Η ανθεκτικότητα δεν είναι ένα χαρακτηριστικό που ένα άτομο απλώς διαθέτει ή δεν διαθέτει. Είναι μια δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορα αλληλεπιδρώντα στοιχεία.**

ο Ψυχική ανθεκτικότητα

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει οριστεί με διάφορους τρόπους. Στον πυρήνα της, είναι **η ικανότητα να ανακάμπτουμε από τους κραδασμούς και να ξεπερνάμε τις αντιξοότητες.** Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι τρέχουσες εννοιολογήσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας περιλαμβάνουν ατομικές ικανότητες και κοινωνική και περιβαλλοντική υποστήριξη. Ο ρόλος της ανθεκτικότητας στην

προαγωγή υγείας, ιδίως της ψυχικής, έχει διερευνηθεί εκτενώς στις ομάδες μεταναστών, με αποτέλεσμα σήμερα να αναγνωρίζεται ως **σημαντικός παράγοντας για την ψυχοκοινωνική ευεξία** [5,12]. Η ανθεκτικότητα μπορεί να ποικίλει ανάλογα με ορισμένα ατομικά χαρακτηριστικά, με την μεγαλύτερη ηλικία, τον παρατεταμένο εκτοπισμό και τις συνεχιζόμενες δυσκολίες να την μειώνουν, ενώ οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης/εργασίας, η νεότερη ηλικία και τα υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης να την ενισχύουν – βελτιώνοντας, στη δεύτερη περίπτωση, την ψυχική υγεία [8,9,12].

ο **Μετατραυματική ανάπτυξη**

Στο πλαίσιο του εκτοπισμού, η **μετατραυματική ανάπτυξη** αναφέρεται στον **τρόπο με τον οποίο οι μετανάστες και οι πρόσφυγες εμπλέκονται στη δημιουργία νοήματος και ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους**. Αυτή η αναστοχαστική διαδικασία οδηγεί σε θετικά οφέλη στη ζωή τους [13]. Η μετατραυματική ανάπτυξη λειτουργεί ως **παράγοντας ενίσχυσης της ανθεκτικότητας**, προστατεύοντας τους μετανάστες και τους πρόσφυγες από τις αρνητικές επιπτώσεις των αντιξοοτήτων, όπως είναι η εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης και άγχους [14]. Μελέτες που εξετάζουν τη μετατραυματική ανάπτυξη σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς έχουν αναδείξει τα οφέλη της, τα οποία περιλαμβάνουν την **ικανότητα αντιμετώπισης πολλαπλών απωλειών, μεγαλύτερη ανοχή στην αβεβαιότητα και το απρόβλεπτο των περιστάσεων, μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας, αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή και θετικές εμπειρίες μετά τη μετανάστευση** [13-15].

ο **Ανάπτυξη που ενεργοποιείται από την αντιξοότητα (ΑΕΑ)**

Η «**ανάπτυξη που ενεργοποιείται από την αντιξοότητα**» (ΑΕΑ) αναφέρεται στα πρόσφατα αναπτυγμένα **θετικά χαρακτηριστικά, δεξιότητες και συνήθειες που προκύπτουν μετά την αντιμετώπιση ιδιαίτερα επώδυνων ή δυσμενών συνθηκών ζωής** [16]. Αυτά τα θετικά χαρακτηριστικά είτε απουσίαζαν, είτε ήταν κρυμμένα, είτε δεν τύγχαναν συνειδητής εκτίμησης πριν από τις δυσκολίες. Είναι σημαντικό ότι τα αποτελέσματα αυτά δεν αποκλείουν και συχνά, μάλιστα, συνυπάρχουν με αρνητικές ή ουδέτερες αντιδράσεις στην αντιξοότητα [16,17]. Με άλλα λόγια, **ένα άτομο που εγκατέλειψε την πατρίδα του μπορεί, ταυτόχρονα, να διατηρεί σημαντικές ανθεκτικές λειτουργίες και ΑΕΑ σε ορισμένους τομείς της**

ζωής του, ενώ σε άλλους να είναι ευάλωτο. Η ικανότητα διαχείρισης σημαντικών προκλήσεων της ζωής και γρήγορης προσαρμογής δεν σημαίνει απαλλαγή από την ψυχική δυσφορία, όπως ακριβώς, από την άλλη μεριά, η παρατεταμένη αίσθηση βαθιάς θλίψης και αποπροσανατολισμού δε σημαίνει ότι δεν υπάρχει πρόοδος σε άλλους τομείς.

© **Καίριο σημείο:** Το Πλέγμα Αντιξοοτήτων

Στις παραδοσιακές συζητήσεις στον τομέα της «φροντίδας των προσφύγων», δίνεται μεγάλη έμφαση στο τραύμα, το οποίο είναι μια σοβαρή και αναμενόμενη αντίδραση στις αντιξοότητες. Ωστόσο, αυτή η έμφαση **υπεραπλουστεύει τις πολυδιάστατες εμπειρίες των μεταναστών και των προσφύγων**. Για μια πληρέστερη εικόνα των αποκρίσεων των ανθρώπων σε δυσμενείς καταστάσεις, συνιστάται η χρήση του **Πλέγματος Αντιξοοτήτων**.

Το πλέγμα **δεν είναι ένα ψυχομετρικό τεστ ή ένα τυποποιημένο εργαλείο αξιολόγησης**. Αντίθετα, παρέχει **ένα πλαίσιο για την εκτίμηση και την κατανόηση των διαφορετικών και ποικίλων τρόπων με τους οποίους τα άτομα, οι οικογένειες, οι κοινότητες και οι ευρύτερες κοινωνίες ανταποκρίνονται στις αντιξοότητες**. Το πλέγμα μας υπενθυμίζει την πολυπλοκότητα, τη μοναδικότητα και την ολότητα κάθε ανθρώπου που βιώνει δυσκολίες, αποτρέποντας έτσι τις μη χρήσιμες πολώσεις και γενικεύσεις. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στο πλαίσιο της εργασίας μας, όπου οι επιζώντες από αντιξοότητες συχνά αντιμετωπίζονται αποκλειστικά ως αβοήθητα θύματα. Το πλέγμα αντιξοοτήτων κατηγοριοποιεί τις αποκρίσεις σε δυσμενή γεγονότα (όπως ο εκτοπισμός, ο πόλεμος και οι διώξεις) σε τρεις βασικούς τύπους: (i) αρνητικές αντιδράσεις, (ii) αμετάβλητες αντιδράσεις και (iii) θετικές αντιδράσεις. Το πλέγμα συνάδει με τη θεωρία των κοινωνικο-οικολογικών συστημάτων που αναλύθηκε προηγουμένως σε αυτήν την ενότητα, αναδεικνύοντας τόσο τις δυσκολίες όσο και τις νέες ευκαιρίες σε όλο το φάσμα της οικολογίας που περιβάλλει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Ο ΔΟΜ, σε συνεργασία με τον καθηγητή Ρένο Παπαδόπουλο, έχει αναπτύξει [ένα συμπληρωματικό ένθετο ως προς τη χρήση του Πλέγματος Αντιξοοτήτων](#) ως μέρος του εγχειριδίου του για την κοινοτική ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη (ΨΥΨΚΥ/ΜΗΡSS) σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και εκτοπισμού [18]. Περισσότερες πληροφορίες στην αγγλική

γλώσσα μπορείτε να βρείτε στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 1.3 - Έντυπο 1. «Το Πλέγμα Αντιξοότητων λεπτομερώς» και Χρήσιμες πηγές).

4. Ιδιαίτερες προκλήσεις και προστατευτικές επιδράσεις για συγκεκριμένους υποπληθυσμούς

Ορισμένες ειδικές ομάδες μεταναστών και προσφύγων χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή όσον αφορά τους παράγοντες κινδύνου και προστασίας, καθώς και τα εμπόδια και τις διευκολύνσεις που επηρεάζουν την πρόσβασή τους στη φροντίδα. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα δεδομένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει εντοπίσει πέντε αλληλένδετα θέματα που θεωρούνται κρίσιμα σε διαφορετικές ομάδες, πλαίσια και στάδια της μεταναστευτικής διαδικασίας:

1. αυτογνωσία και υποστήριξη της κοινότητας,
2. βασικές ανάγκες και ασφάλεια,
3. πολιτισμικές αντιλήψεις για την ψυχική υγεία και στίγμα,
4. έκθεση σε αντιξοότητες και δυνητικά τραυματικά γεγονότα,
5. καθοδήγηση σχετικά με την ψυχική υγεία καθώς και άλλα συστήματα και υπηρεσίες [5].

Συμπληρωματικές πληροφορίες σχετικά με αυτά τα θέματα, καθώς και τις προκλήσεις και τις προστατευτικές επιδράσεις που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένοι υποπληθυσμοί (όπως οι γυναίκες, τα άτομα με εμπειρία βασανιστηρίων, τα άτομα ΛΟΑΤΚΙ+, οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρία) παρέχονται στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 1.3 - Έντυπο 2. «Προκλήσεις και προστατευτικές επιδράσεις μοναδικές για συγκεκριμένους υποπληθυσμούς»). Μια εκτενέστερη επισκόπηση των προκλήσεων και των προστατευτικών επιδράσεων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι νέοι είναι διαθέσιμη στο **Μάθημα 3, Ενότητα 3.5: Ανταπόκριση στην ειδική κατάσταση των παιδιών**.



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας (ή στο πλαίσιο της ομάδας) και εξετάστε τους τρόπους μέσω των οποίων πολλαπλοί παράγοντες μπορεί να αλληλεπιδρούν και να επηρεάζουν την ευαλωτότητα και την ανθεκτικότητα των μεταναστών

Ακολουθώντας θα βρείτε τέσσερα παραδείγματα που συνοψίζουν την αλληλεπίδραση διαφορετικών παραγόντων σε μικρο-, μεσο- και μακρο-επίπεδο. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επηρεάσουν (με θετικό, αρνητικό ή ουδέτερο τρόπο) την ικανότητα των μεταναστών να αποφεύγουν, να αντιστέκονται, να αντιμετωπίζουν ή να ανακάμπτουν από τα διάφορα είδη αντιξοοτήτων που συχνά αντιμετωπίζουν. Λαμβάνοντας υπόψη το κοινωνικο-οικολογικό μοντέλο και τη θεωρία σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, τους παράγοντες προστασίας και τους παράγοντες ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, εξετάστε πιθανές απαντήσεις σε επίπεδο παρέμβασης που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την ψυχοκοινωνική ευεξία των ατόμων σε κάθε ένα από τα παρακάτω σενάρια.

Παράδειγμα 1 Ένας μεσήλικας άνδρας με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, καλή υγεία και κοινωνική ισχύ θα είχε συνήθως χαμηλό επίπεδο ευαλωτότητας. Ωστόσο, η κατάστασή του θα μπορούσε να αλλάξει εάν εμπλακεί σε μη ασφαλείς πρακτικές μετανάστευσης, όπως η πρόσληψη διακινητών για να εισέλθει σε μια χώρα με παράτυπο τρόπο. Ο κίνδυνος αυτός θα αυξανόταν ιδιαίτερα στην περίπτωση που έπρεπε να ταξιδέψει με τους διακινητές διαμέσου χωρών που δεν διαθέτουν μηχανισμούς για να προστατεύσουν ουσιαστικά τους διακινούμενους μετανάστες από τη βία.	Παράδειγμα 2 Μια οικογένεια που βιώνει μια κρίση, όπως η απώλεια εργασίας λόγω έκτακτου ιατρικού προβλήματος του κύριου οικονομικού υποστηρικτή, μπορεί να λάβει αποφάσεις αναφορικά με τη μετανάστευση που να αυξάνουν την ευαλωτότητα ενός ή περισσότερων μελών της σε εργασιακή εκμετάλλευση. Ωστόσο, οι πιθανότητες να συμβεί αυτό μειώνονται αν η οικογένεια στραφεί για υποστήριξη σε εκτεταμένα μέλη της, στην κοινότητα ή σε προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας. Οι κίνδυνοι σε επίπεδο οικογένειας μετριάζονται από προστατευτικούς παράγοντες σε επίπεδο κοινότητας.
Παράδειγμα 3 Άτομα που αντιμετωπίζουν συστηματικά διακρίσεις, παρενόχληση και εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες λόγω της ιδιότητάς τους ως μετανάστες είναι πιο πιθανό να είναι ευάλωτα στη βία, την εκμετάλλευση και την κακοποίηση. Αν δεν μπορούν να απευθυνθούν σε άλλα μέλη της κοινότητας για βοήθεια ή αν δεν έχουν πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες με τους υπόλοιπους, είναι πιο πιθανό να απομονωθούν και να γίνουν στόχος όσων επιδιώκουν να τα εκμεταλλευτούν ή να τα κακοποιήσουν.	Παράδειγμα 4 Μέλη μιας κοινότητας που έχει εκτοπιστεί λόγω φυσικής καταστροφής μπορεί να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμπορίας ανθρώπων, καθώς οι διακινητές στοχεύουν συχνά εκτοπισμένους πληθυσμούς. Ωστόσο, αν οι τοπικές και εθνικές αρχές δράσουν άμεσα για να μετριάσουν τον κίνδυνο εμπορίας, παρέχοντας στα εκτοπισμένα άτομα έγκαιρη και ακριβή πληροφόρηση και λαμβάνοντας αποτελεσματικά μέτρα επιβολής του νόμου κατά της εμπορίας, τότε τα μέλη της κοινότητας είναι πιο πιθανό να προστατευτούν επαρκώς από τον κίνδυνο αυτό.

Πηγή: Αντλήθηκε από τον ΔΟΜ, [The determinants of migrants vulnerability](#), και προσαρμόστηκε από την ομάδα EU-MiCare για τους σκοπούς αυτού του μαθήματος.

Η προσαρμογή αυτού του γραφήματος για τους σκοπούς της παρούσας άσκησης δεν υποδηλώνει έγκριση από τον ΔΟΜ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- [2] Sallis, J., Owen, N., & Fisher, E. (2008). Ecological models of health behavior. In K. Glanz, B. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (pp. 465-482). Jossey-Bass.
- [3] Michaels, C., Blake, L., Lynn, A., Greyford, T., & Benning, S. (2020). *Mental health and well-being ecological model*. Center for Leadership Education in Maternal & Child Public Health, University of Minnesota – Twin Cities; Last update: July 2024. Retrieved July 27, 2024 from the UoM website.
- [4] World Health Organization (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Executive summary. Geneva: WHO.
- [5] World Health Organization (2023). *Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care* (Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series). Geneva: WHO.
- [6] World Health Organization (2018). *Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants* (Technical guidance on refugee and migrant health). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- [7] IFRC Reference Centre for Psychosocial Support (2023). *Community-Based Mental Health (CBMH) training guide*. Copenhagen: IFRC.
- [8] Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 258–265. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>
- [9] Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
- [10] Patel, V., & Goodman, A. (2007). Researching protective and promotive factors in mental health. *International journal of epidemiology*, 36(4), 703–707. <https://doi.org/10.1093/ije/dym147>
- [11] Herrman, H. (2001). The Need for Mental Health Promotion. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 35(6), 709–715. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00947.x>
- [12] Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2019). The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention science*, 20(5), 674–683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>
- [13] Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian psychology. Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>
- [14] Ssenyonga, J., Owens, V., & Olema, D. K. (2013). Posttraumatic growth, resilience, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among refugees. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 82, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.238>
- [15] Sims, K., & Pooley, J. A. (2017). Posttraumatic growth amongst refugee populations: A systematic review. In U. Kumar (Ed.), *The Routledge international handbook of psychosocial resilience* (pp. 230–247). Routledge/Taylor & Francis Group.

- [16] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>
- [17] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. London & New York: Routledge. [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (2024). *Ακούσια Αποικεισία – Πέρα από το τραύμα του ξεριζωμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.]
- [18] International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). Geneva: IOM.

Ενότητα 1.4: Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της μεταναστευτικής διαδικασίας

Επισκόπηση ενότητας

Η ενότητα αυτή προσφέρει μια επισκόπηση των διαφόρων μοντέλων πάνω στις ψυχοκοινωνικές διαδικασίες που εμπλέκονται στη μετανάστευση. Εν πρώτοις, παρουσιάζονται οι ψυχολογικές φάσεις σε ένα γενικό πλαίσιο μετανάστευσης. Στη συνέχεια, εξετάζονται δύο μοντέλα που εστιάζουν στις πολυπλοκότητες που συνδέονται με τον εκτοπισμό και την «ακούσια αποικεσία». Τέλος, συζητείται η έννοια του «αποδημητικού θρήνου». Παρέχεται συμπληρωματικό υλικό με πληροφορίες σχετικά με τον επιπολιτισμό, τις στρατηγικές επιπολιτισμού και το επιπολιτισμικό στρες.

Υποενότητες :

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Ψυχοκοινωνικές διαδικασίες της μετανάστευσης](#)
3. [Αποδημητικός θρήνος](#)

1. Εισαγωγή

Η μετανάστευση είναι μια σύνθετη και δυναμική διαδικασία που συνεπάγεται σημαντικές ψυχολογικές προσαρμογές. Πρόκειται για μια διαδικασία που **αρχίζει πολύ πριν από την πραγματική πράξη της μετανάστευσης και συνεχίζεται και μετά την άφιξη στον νέο προορισμό**. Η κατανόηση της ψυχολογικής διαδρομής της μετανάστευσης μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο να κατανοήσει καλύτερα την εμπειρία των ανθρώπων τους οποίους υποστηρίζουν, προσαρμόζοντας παράλληλα τις παρεμβάσεις τους ανάλογα με τις ανάγκες των τελευταίων. Όπως συζητήθηκε στην Ενότητα 1.3, το πλαίσιο στο οποίο λαμβάνει χώρα η μετανάστευση και οι συνθήκες που την περιβάλλουν θα καθορίσουν τόσο τους παράγοντες κινδύνου όσο και τους προστατευτικούς παράγοντες. Μέσα από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων, τα άτομα μπορεί να

αναπτύξουν ανθεκτικές αντιδράσεις αντιμετώπισης προκλήσεων ή ψυχικές προκλήσεις με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας.

Ο πρωταρχικός στόχος αυτής της ενότητας είναι να παράσχει ένα πλαίσιο που θα επιτρέψει στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό να κατανοήσει τις **πολυσύνθετες ψυχολογικές διαδρομές των μεταναστών και των προσφύγων**. Αυτή η βαθύτερη κατανόηση μας επιτρέπει να **ξεπεράσουμε την αναγωγική θεώρηση της λεγόμενης «εμπειρίας των μεταναστών και των προσφύγων» ως μια μονοδιάστατη σειρά τραυματικών συμβάντων**. Πολύ συχνά, στον ευρύ τομέα της φροντίδας πληθυσμών με προσφυγική και μεταναστευτική εμπειρία, η **υποστήριξη επικεντρώνεται περιοριστικά στις καταστρεπτικές και αναταρακτικές εμπειρίες που στάθηκαν η αιτία για τη μετανάστευση και τον εκτοπισμό, ενώ παραβλέπονται οι ζωές των ανθρώπων που προηγήθηκαν των εμπειριών αυτών καθώς και οι συνεχιζόμενες προκλήσεις που εξακολουθούν να υφίστανται μετά την επανεγκατάσταση**. Μέσα από τη διεύρυνση της οπτικής μας που προτείνεται εδώ, μπορούμε να εξετάσουμε το πλήρες φάσμα των ψυχοκοινωνικών διεργασιών που λαμβάνουν χώρα πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη μετανάστευση. Με αυτόν τον τρόπο, μπορούμε να αναπτύξουμε μια περισσότερο πολυδιάστατη κατανόηση των τρόπων με τους οποίους η εμπειρία της απώλειας του οικείου χώρου αναδιαμορφώνει ριζικά τη ζωή και την ταυτότητα των ανθρώπων τους οποίους βοηθούμε.

2. Ψυχοκοινωνικές διαδικασίες της μετανάστευσης

Αναγνωρίζοντας τη μοναδικότητα της ανθρώπινης εμπειρίας, είναι σημαντικό, όταν εργαζόμαστε με άτομα με μεταναστευτικές βιογραφίες, **να μην συγχέουμε το ίδιο το γεγονός με τον τρόπο που αυτό βιώνεται από ένα άτομο, μια οικογένεια ή μια κοινότητα**. Ένα συχνό λάθος στον χώρο αυτό είναι η εσφαλμένη πεποίθηση ότι όλοι οι άνθρωποι αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο στις αντιξοότητες, παραβλέποντας το γεγονός ότι **η εμπειρία κάθε ατόμου διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες** (όπως το προσωπικό και συλλογικό ιστορικό, οι πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές, οι κυρίαρχες αφηγήσεις και οι δυναμικές εξουσίας) και ότι **το κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά τα εξωτερικά γεγονότα στη βάση αυτών των παραγόντων**. Αυτό οδηγεί στην υπεραπλουστευμένη αντίληψη ότι όλοι

οι άνθρωποι που εκτίθενται σε αντιξοότητες, όπως ο πόλεμος ή οι φυσικές καταστροφές, αναπόφευκτα θα «τραυματιστούν».

Μια τέτοια θεώρηση παραγνωρίζει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας και τη συμπυκνώνει σε μια ενιαία, ομοιογενή αφήγηση. Για την κατανόηση των αντιδράσεων και των συνεπειών της έκθεσης σε αντιξοότητες, είναι χρήσιμο να διακρίνουμε πέντε διακριτές διαστάσεις:

- (i) το ίδιο το γεγονός,
- (ii) την εμπειρία του γεγονότος,
- (iii) τον αντίκτυπο αυτής της εμπειρίας,
- (iv) τη συνολική αντίδραση στον αντίκτυπο, και
- (v) τον τρόπο με τον οποίο όλα τα παραπάνω επικοινωνούνται στους άλλους.

Ωστόσο, συχνά επικρατεί η απλοϊκή αντίληψη της μετανάστευσης ως «κρίση» ή «τραύμα», η οποία επισκιάζει τη βαθύτερη κατανόηση αυτών των σύνθετων παραμέτρων. Πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις, όπως τα μοντέλα που εξετάζουν τις «ψυχολογικές φάσεις της μετανάστευσης», παρέχουν μια ολιστική κατανόηση. Τέτοια μοντέλα δεν εστιάζουν μόνο στους εξωτερικούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες αλλά λαμβάνουν υπόψη και τις εσωτερικές ψυχοκοινωνικές διεργασίες που βιώνουν οι άνθρωποι με μεταναστευτική εμπειρία καθώς προσαρμόζονται στη νέα τους ζωή.

→ **BINTEO:** [Chimamanda Ngozi Adichie: Ο κίνδυνος της μονοσήμαντης ιστορίας | TED](#) (EN/GR) 

Αυτή η ευρύτερη οπτική απαιτεί μια θεμελιώδη αλλαγή στην επιστημολογική μας προσέγγιση περί της φροντίδας. Αντί να παθολογοποιούμε τον ανθρώπινο πόνο ή να θεωρούμε το τραύμα ως αναπόφευκτη μοναδική συνέπεια, καλούμαστε να αναγνωρίσουμε τις λεπτές αποχρώσεις στον τρόπο που τα άτομα βιώνουν και επεξεργάζονται τις εμπειρίες τους με την πάροδο του χρόνου [1]. Αυτό σημαίνει επίσης ότι πρέπει να διακρίνουμε τη δυσφορία από τη διαταραχή [2] και να αναγνωρίζουμε τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους τα άτομα και οι κοινότητες ανταποκρίνονται στις αντιξοότητες και τις δυσκολίες. Μια τέτοια βαθύτερη κατανόηση μάς προτρέπει να προσεγγίζουμε τους ανθρώπους ως ολόκληρες, πολύπλευρες υπάρξεις, διαμορφωμένες από ένα φάσμα εμπειριών σε ένα

συνεχές, και όχι ως παθητικά θύματα μεμονωμένων συμβάντων. Μετατοπίζει την εστίασή μας από την παρέμβαση σε κρίσεις σε μια συνεχή διαδικασία ψυχοκοινωνικής φροντίδας που τιμά την πολυπλοκότητα της μετανάστευσης ως ένα μετασχηματιστικό, πολυδιάστατο ταξίδι.

© **Καίριο σημείο:** Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της μεταναστευτικής εμπειρίας – Εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη

Πώς μπορούμε όμως να τα εφαρμόσουμε αυτά στο πλαίσιο της καθημερινής μας εργασίας; Όταν εργαζόμαστε με ένα άτομο ή μια οικογένεια είναι χρήσιμο να σκεφτούμε: (1) τη φάση της μετανάστευσης στην οποία βρίσκονται, (2) τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στο εδώ και τώρα και (3) τις συναισθηματικές διεργασίες που σχετίζονται με αυτές τις προκλήσεις [1].

Οι δύσκολες συνθήκες που συνδέονται με τη βιωμένη εμπειρία των ανθρώπων με μεταναστευτική εμπειρία βρίσκονται σε συνεχή διάλογο με τους εξωτερικούς και εσωτερικούς πόρους που έχουν στη διάθεσή τους. Για παράδειγμα, όπως είδαμε σε προηγούμενες ενότητες, εάν ένα άτομο δεν μιλάει τη γλώσσα της κοινωνίας υποδοχής και έχει σημαντικές οικονομικές δυσκολίες, αλλά παράλληλα είναι ιδιαίτερα ευπροσάρμοστο με ισχυρό κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης, μπορεί να έχει λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξει σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας. Αντίθετα, ένα άτομο που αντιμετωπίζει παρόμοιες προκλήσεις και στερείται αυτών των πόρων θα είναι πιο επιρρεπές σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Ακόμα και αν ένας/μία μετανάστης/-τρια έχει προσαρμοστεί λειτουργικά στην κοινωνία υποδοχής, είναι ζωτικής σημασίας για το προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο να παραμένει ευαίσθητο ως προς τις ανάγκες, τις ικανότητες και τα αποθέματά τους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτά εξελίσσονται καθ' όλη τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδικασίας.

Στην υποενότητα που ακολουθεί περιγράφονται οι ψυχοκοινωνικές διεργασίες που είναι πιθανό να βιώσουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες όταν εγκαταλείπουν τις πατρίδες τους. Χωρίζεται σε δύο μέρη: το πρώτο παρουσιάζει μια γενική εννοιολογική προσέγγιση που περιγράφει τις φάσεις που μπορεί να βιώσουν οι άνθρωποι που μεταναστεύουν όσον αφορά τις βασικές συναισθηματικές πτυχές

και τη δυναμική της οικογένειας, ενώ το δεύτερο επικεντρώνεται στις ιδιαιτερότητες της προσφυγικής εμπειρίας.

Γενικές ψυχολογικές φάσεις της μετανάστευσης

Η πρώτη διεργασία που περιγράφεται σε αυτήν την ενότητα αφορά τις ψυχολογικές εμπειρίες των ατόμων που οδηγούνται στη μετανάστευση. Δύο είναι οι βασικοί συγγραφείς στον εν λόγω τομέα στους οποίους αναφερόμαστε: ο Carlos E. Sluzki [4], ψυχίατρος από την Αργεντινή και ειδικός σε θέματα μετανάστευσης και οικογενειακής θεραπείας, και ο καθηγητής Wielant Machleidt [5], Γερμανός ψυχίατρος, γνωστός για το έργο του στη διαπολιτισμική ψυχιατρική και την ψυχική υγεία που σχετίζεται με τη μεταναστευτική συνθήκη.

Ο Sluzki ανέπτυξε ένα κεντρικό μοντέλο που περιγράφει τις ψυχολογικές φάσεις της μετανάστευσης, εστιάζοντας στη **λειτουργική προσαρμογή**. Στο πλαίσιο της μετανάστευσης, η λειτουργική προσαρμογή αναφέρεται στη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα προσαρμόζονται και διαχειρίζονται τις προκλήσεις που θέτει το νέο τους περιβάλλον, ιδίως όσον αφορά την ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία. Η προσαρμογή αυτή περιλαμβάνει την εκμάθηση της καθοδήγησης όσον αφορά τους κοινωνικούς κανόνες, τους νόμους και τις πολιτισμικές πρακτικές της κοινωνίας υποδοχής, διατηρώντας παράλληλα την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τους ψυχοπιεστικούς παράγοντες της μετανάστευσης. Η επιτυχής λειτουργική προσαρμογή χαρακτηρίζεται από την ικανότητα του ατόμου να ενσωματώνεται στο νέο περιβάλλον και να διατηρεί την ψυχική και συναισθηματική του ευεξία, συχνά αναπτύσσοντας νέες στρατηγικές αντιμετώπισης προκλήσεων και συστήματα υποστήριξης [4].

Αυτό το μοντέλο έθεσε τις βάσεις για τις μετέπειτα συνεισφορές, όπως αυτή του Machleidt [5], ο οποίος έδωσε έμφαση στις **συναισθηματικές πτυχές της μετανάστευσης**. Το μοντέλο προτείνει ότι η ψυχολογική διαδικασία της μετανάστευσης μπορεί να χωριστεί σε πέντε φάσεις που βιώνουν όλοι οι μετανάστες (Εικόνα 1.4.1), ανεξάρτητα από το πολιτισμικό τους υπόβαθρο. Αναγνωρίζοντας την **κυκλική φύση των συναισθημάτων**, τις **επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού** και τη **σημασία της πολιτισμικής ένταξης**, το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό μπορεί να ασχοληθεί με τους

μεταναστευτικούς πληθυσμούς πιο ουσιαστικά, υποστηρίζοντας παράλληλα τη βιώσιμη προσαρμογή τους στις νέες τους πατρίδες.

Εικόνα 1.4.1. «Ψυχολογικές φάσεις της μετανάστευσης»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των Sluzki (2010) και Machleidt (2013)

[Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag και, Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen.* (1η έκδοση). Stuttgart. W. Kohlhammer GmbH.]

Στον πίνακα που ακολουθεί, περιγράφουμε λεπτομερέστερα κάθε φάση, ενσωματώνοντας και τα δύο μοντέλα και προσδιορίζοντας τις βασικές συναισθηματικές πτυχές και τη δυναμική της οικογένειας που ενδέχεται να προκύψουν [4,5].

Ψυχολογικές φάσεις της μετανάστευσης ²		
Φάση	Βασικές συναισθηματικές πτυχές	Δυναμική της οικογένειας
Φάση προετοιμασίας Η διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η φάση αυτή περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων, τον σχεδιασμό και την	- Φόβος - Αβεβαιότητα - Ευφορία και ελπίδα	- Συζητήσεις σχετικά με την απόφαση για μετανάστευση - Συγκρούσεις λόγω του διαχωρισμού της οικογένειας ή επειδή η μετανάστευση αφορά ολόκληρο τον πυρήνα της

² Όπως αναφέρθηκε στην Ενότητα 1.1, πολλοί από τους λεγόμενους «εθελούσιους» ή «οικονομικούς» μετανάστες μετακινούνται υπό πιεστικές συνθήκες, καθιστώντας την απόφασή τους λιγότερο ζήτημα επιλογής και περισσότερο ζήτημα επιβίωσης. Ακόμη κι αν δεν φεύγουν για να ξεφύγουν από άμεσες κρίσεις ή οδυνηρές αντιξοότητες, όπως βίαιες συγκρούσεις ή φυσικές καταστροφές, συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με διαρθρωτικές πιέσεις (οικονομικές δυσκολίες, πολιτική αστάθεια, κοινωνικές ανισότητες, περιβαλλοντική υποβάθμιση, κ.α.) που τους αναγκάζουν να μεταναστεύσουν.

προσδοκία πριν από τη μετανάστευση.		οικογένειας και μπορεί να μην είναι μια απόφαση που συμμερίζονται όλα τα μέλη
Πράξη της μετανάστευσης Η πραγματική διαδικασία της μετεγκατάστασης, η οποία μπορεί να είναι σύντομη ή παρατεταμένη.	• Στρες και άγχος λόγω της αβεβαιότητας σχετικά με το ταξίδι και την άφιξη, καθώς και του συναισθηματικού αντίκτυπου του αποχωρισμού.	• Μπορεί να προκύψει ένας «θρήνος αποχαιρετισμού» [5], που περιλαμβάνει την απώλεια οικείων ρόλων (π.χ. το να είσαι φροντιστής/-τρια μιας οικογένειας) και περιβαλλόντων.
Φάση υπεραντιστάθμισης Η αρχική περίοδος μετά την άφιξη χαρακτηρίζεται από τη «φάση του μέλιτος» [5], η οποία τείνει σε μια εξιδανίκευση του πολιτισμού υποδοχής. Μπορεί να διαρκέσει από έξι μήνες έως ένα ή δύο χρόνια. Ο κύριος στόχος είναι να βρει κανείς τον δρόμο του και παράλληλα να εξασφαλίσει τα προς το ζην στη χώρα υποδοχής.	• Υψηλή αισιοδοξία και ενθουσιασμός • Ανάμεικτα συναισθήματα: περιέργεια, φόβος, ντροπή, θλίψη και χαρά • Σταδιακή συναισθηματική επεξεργασία μέσω αλληλεπιδράσεων με άλλους σε παρόμοιες καταστάσεις • Η λειτουργική διαχείριση του στρες (δηλαδή, η ικανότητα να διαχειρίζεται κανείς τους ψυχοπνευματικούς παράγοντες της ζωής με υγιή τρόπο) στο υψηλότερο επίπεδο	• Οι συγκρούσεις παραμένουν στο παρασκήνιο • Τυπική οικογενειακή δυναμική και κανόνες στους οποίους δίνεται έμφαση (π.χ. οι οικογένειες, τα μέλη των οποίων είναι ιδιαίτερα στενά συνδεδεμένα μεταξύ τους, μπορεί να παρουσιάσουν μια πιο στενή συναισθηματική δυναμική μεταξύ των διαφόρων μελών, ενώ οι ήδη απομακρυσμένες οικογένειες μπορεί να παρουσιάσουν αυξημένη αποστασιοποίηση)
Φάση εξισορρόπησης Δύο κύριες υπο-φάσεις: 1. Κρίσιμη φάση προσαρμογής (αγώνας προσαρμογής στο νέο περιβάλλον) 2. Φάση θρήνου (συναισθηματικός θρήνος για την αναχώρηση από τη χώρα καταγωγής)	• Απογοήτευση και εξιδανίκευση του πολιτισμού της πατρίδας • Αργή μετάβαση από την ευφορία στον θρήνο • Επιπολιτισμικό στρες, δηλαδή η ψυχολογική πίεση από την προσαρμογή σε μια νέα κουλτούρα, μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο • Άγχος και απογοήτευση, που σηματοδοτούν ένα κυκλικό μοτίβο συναισθημάτων από την προηγούμενη φάση • Μπορεί να προκύψουν ζητήματα ψυχικής υγείας και κρίσεις	• Αμφισβήτηση της ταυτότητας, οι παλαιότερες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να είναι λιγότερο αποτελεσματικές, απώλεια του προηγούμενου ρόλου στην κοινωνία ή την οικογένεια • Πιθανές πολιτισμικές συγκρούσεις λόγω του ότι τα παιδιά και οι έφηβοι προσαρμόζονται ταχύτερα στη νέα κουλτούρα από ό,τι τα άλλα μέλη της οικογένειας • Αλλαγές στους οικογενειακούς ρόλους και δομές λόγω νέων εργασιακών καταστάσεων και σχολείου

		Επιπτώσεις στους πόρους που ήδη διαθέτει η οικογένεια
	Κίνδυνοι για την υγεία - Αυξημένος κίνδυνος ψυχικών προκλήσεων που σχετίζονται με το στρες λόγω ιδιαίτερα ψυχοπιεστικών εμπειριών - Δυσκολίες προσαρμογής που οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας - Προηγούμενες δυσμενείς εμπειρίες και ψυχολογικές δυσκολίες μπορεί να επανενεργοποιηθούν από ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αντιμετωπίζονται στο παρόν	
Φάση διαγενεακής προσαρμογής Ενσωμάτωση των παραδοσιακών αξιών με τα νέα πολιτισμικά πρότυπα. Ευθυγραμμίζεται με τη φάση της βιώσιμης ένταξης (βλ. Ενότητα 1.1) που περιγράφεται από τον ΔΟΜ, όπου τα άτομα αρχίζουν να θεωρούν τη χώρα υποδοχής ως δική τους.	- Εσωτερικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής ανθεκτικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες - Επίτευξη ενός επιπέδου αποτελεσματικότητας στο νέο περιβάλλον - Προσαρμογή της στάσης απέναντι στη νέα κουλτούρα - Προσαρμογή στις αρχικές πολιτισμικές συνήθειες - Ανάπτυξη της διαπολιτισμικής ικανότητας με την απόκτηση των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αποτελεσματική καθοδήγηση και επικοινωνία στη νέα κουλτούρα - Αίσθηση του ανήκειν και στα δύο πολιτισμικά πλαίσια, αύξηση της αυτοεκτίμησης και της συναισθηματικής ευεξίας. Η αποτυχία επίτευξης αυτής της ισορροπίας μπορεί να οδηγήσει σε αίσθημα αποξένωσης και από τους δύο πολιτισμούς - Συναισθηματική αμφιθυμία, που χαρακτηρίζεται από έναν συνδυασμό υπερηφάνειας και δυσαρέσκειας, αφοσίωσης και	- Πιθανές συγκρούσεις μεταξύ των γενεών (π.χ. των γονέων μεταναστών και των παιδιών τους που γεννήθηκαν ή/και μεγάλωσαν στη χώρα υποδοχής) για τη γλώσσα, τη συμπεριφορά ή τις αξίες - Ο τρόπος ζωής των μεταγενέστερων γενεών μοιάζει όλο και περισσότερο με αυτόν της κοινωνίας υποδοχής - Αντιστροφή ρόλων, με τα παιδιά των μεταναστών που γεννιούνται στη νέα χώρα (μετανάστες δεύτερης γενιάς) να αναλαμβάνουν συχνά τον ρόλο της εξισορρόπησης των δύο διαφορετικών πολιτισμών που τα περιβάλλουν, υπηρετώντας ως «πολιτισμικοί διαμεσολαβητές» εντός των οικογενειών καταγωγής τους ή/και με τους νέους μετανάστες/ νεοεισερχόμενους από τη χώρα καταγωγής τους - Οι νεότερες γενιές μπορεί να καθοδηγούνται από ελπίδες για μια καλύτερη ζωή, παρακινώντας την επιτυχία σε ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό επίπεδο, αλλά δημιουργώντας συναισθηματική

	αποστασιοποίησης, όταν πρόκειται για την κληρονομιά του ατόμου	πίεση για να ανταποκριθούν στις οικογενειακές προσδοκίες • Διαφορετικός βαθμός ταύτισης με την κουλτούρα της οικογένειας καταγωγής στη δεύτερη, τρίτη και τέταρτη γενιά
Φάση δια- ή πολυ-πολιτισμικής ταυτότητας και ένταξης Επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα και οι οικογένειες διαχειρίζονται και εναρμονίζουν δύο (ή περισσότερες) πολιτισμικές ταυτότητες. Σχετίζεται περισσότερο με τη διαμόρφωση της ατομικής ταυτότητας παρά με την οικογενειακή δυναμική. Σε αυτήν τη φάση, οι άνθρωποι δημιουργούν μια συνεκτική ταυτότητα που συνδυάζει και εξισορροπεί στοιχεία και από τους δύο πολιτισμούς.	• Εσωτερική σύγκρουση και συναισθηματική ένταση μεταξύ των πολλαπλών πολιτισμικών ταυτοτήτων, αισθανόμενοι ότι παρασύρονται μεταξύ του πολιτισμού της κληρονομιάς τους και των κανόνων της κοινωνίας υποδοχής • Σύγχυση, άγχος ή ενοχή, ιδίως εάν αυτές οι πολιτισμικές πτυχές φαίνονται ασύμβατες • Αίσθηση υπερηφάνειας, ανήκειν και σταθερότητας που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου • Είναι σε θέση να εκφράζουν αυθεντικά πτυχές και των δύο πολιτισμών χωρίς τον φόβο της απόρριψης	• Ένταση μεταξύ των παλαιότερων μελών της οικογένειας (που μπορεί να έχουν πιο ισχυρές παραδοσιακές αξίες) και των νεότερων γενεών (που συνήθως προσαρμόζονται πιο γρήγορα στον πολιτισμό υποδοχής) • Εξισορρόπηση των διαφορετικών πολιτισμικών προσδοκιών εντός της οικογένειας, όπως η τήρηση των παραδοσιακών πολιτισμικών αξιών με ταυτόχρονη προσαρμογή στα νέα κοινωνικά πρότυπα

→ **BINTEO:** [Michael Rain: Πώς είναι να είσαι παιδί μεταναστών | TED](#) (EN) 

Ψυχολογικές φάσεις του εκτοπισμού

Η ψυχολογική διαδρομή όσων εκτοπίζονται λόγω συγκρούσεων, διώξεων ή περιβαλλοντικών καταστροφών διαφέρει σημαντικά από εκείνους που μεταναστεύουν κάτω από λιγότερο οδυνηρές συνθήκες. Συχνά, η κρίσιμη φάση προσαρμογής συμπίπτει με τη διαδικασία εκτοπισμού, η οποία μπορεί να εντείνει τους αγώνες για την ψυχική υγεία. Επιπλέον, οι γνωστοί μηχανισμοί αντιμετώπισης και τα δίκτυα υποστήριξης από τη χώρα καταγωγής μπορεί να μην υπάρχουν στο νέο περιβάλλον, οδηγώντας σε κρίσεις ταυτότητας [6].

Είναι σημαντικό να προβληματιστούμε σχετικά με τις ιδιαιτερότητες των διαφόρων φάσεων σε αυτό το πλαίσιο, διότι κάθε φάση αντιπροσωπεύει μοναδικές προκλήσεις και ευκαιρίες και απαιτεί διαφορετικές μορφές υποστήριξης (συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής βοήθειας, της ανθρωπιστικής βοήθειας και των κοινοτικών πόρων). Το ακόλουθο γράφημα (Εικόνα 1.4.2) προσφέρει μια σύντομη επισκόπηση των ψυχολογικών φάσεων του εκτοπισμού.

Εικόνα 1.4.2. «Ψυχολογικές φάσεις του εκτοπισμού»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες του Kizilhan (2012)

[Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. Berlin: VWB.]

Μια πιο εμπεριστατωμένη επισκόπηση στην αγγλική γλώσσα είναι διαθέσιμη στο [Αποθετήριο](#) (βλέπε 1.4 - Έντυπο 1. «Ψυχολογικές φάσεις του εκτοπισμού»), όπου επισημαίνονται οι βασικές συναισθηματικές διεργασίες σε κάθε στάδιο [6,7]. Η Εικόνα 1.4.1-R στο ίδιο έντυπο, που δημιουργήθηκε από τον Γερμανό ψυχολόγο και ειδικό σε θέματα τραύματος Dr. Jan Ilhan Kizilhan, παρέχει μια οπτική απεικόνιση των διεργασιών που εμπλέκονται τόσο στη μικτή μετανάστευση όσο και στον εκτοπισμό, όπως συζητούνται στη παρούσα ενότητα.

© **Καίριο σημείο:** Εσωτερικές και εξωτερικές διεργασίες της ακούσιας αποικεσίας

Ο καθηγητής Ρένος Παπαδόπουλος προτείνει ένα μοντέλο που αποτελείται από **έξι τμήματα** και **τέσσερις φάσεις** αυτού που ονομάζει «ακούσια αποικεσία» [1], που εν προκειμένω περιγράφεται επίσης ως «εκτοπισμός». Όπως συζητήθηκε στην Ενότητα 1.1, η ακούσια αποικεσία πρέπει να γίνει αντιληπτή ως μια διαχρονική διαδικασία και όχι ως ένα μεμονωμένο γεγονός που συμβαίνει σε μια χρονική στιγμή. **Αυτό το ταξίδι κινείται από τον εκτοπισμό** (η αρχική αίσθηση ότι το σπίτι δεν μοιάζει πλέον με σπίτι, ακολουθούμενη από την αναχώρηση από το σπίτι) **στη μετεγκατάσταση** (η αναζήτηση, η ανακάλυψη και η κατοίκηση ενός νέου σπιτιού) **και περιλαμβάνει τόσο εσωτερικές όσο και εξωτερικές διαστάσεις**. Διακρίνοντας αυτές τις πτυχές, μπορούμε να εκτιμήσουμε καλύτερα τις αποχρώσεις των ακόλουθων έξι σταδίων (ή τμημάτων) αυτής της διαδικασίας [1]:

1. **Εσωτερική αποικεσία:** Η αρχική αίσθηση ότι δεν αισθάνεται κανείς πλέον «σαν στο σπίτι του/της» στον οικείο χώρο του/της, όπου το σπίτι δεν βιώνεται πλέον ως ασφαλές ή βιώσιμο.
2. **Εξωτερική αποικεσία:** Η αναγκαστική εγκατάλειψη του φυσικού ή συμβολικού οικείου χώρου λόγω του ότι αυτός καθίσταται επικίνδυνος. Μπορεί να περιλαμβάνει φυγή από ένα γεωγραφικό χώρο ή αποκοπή από τα πολιτισμικά, πνευματικά ή ψυχολογικά στοιχεία του οικείου χώρου.
3. **Λαχτάρα για ένα νέο οικείο χώρο:** Η αναζήτηση ενός νέου χώρου που θα προσφέρει ασφάλεια και τη δυνατότητα δημιουργίας μιας βιώσιμης αίσθησης του ανήκειν.
4. **Προσδιορισμός νέου οικείου χώρου:** Εύρεση ενός μέρους που έχει τη δυνατότητα να γίνει ένας νέος, ασφαλής οικείος χώρος.
5. **Εγκατάσταση:** Ο αγώνας για την εγκαθίδρυση ενός νέου οικείου με την αναδημιουργία μιας αίσθησης άνεσης και ασφάλειας σε αυτόν τον νέο χώρο.
6. **Νοηματοδότηση της εμπειρίας:** Επεξεργασία και νοηματοδότηση των πολυσύνθετων στρωμάτων της μετατόπισης και των συναισθηματικών, ψυχολογικών και υπαρξιακών επιπτώσεών τους.

Τα τμήματα αυτά συμπληρώνονται από τις παρακάτω τέσσερις φάσεις [1], οι οποίες προσφέρονται ως εναλλακτική λύση σε άλλες ταξινομήσεις της μεταναστευτικής και προσφυγικής διαδικασίας, όπως αυτές που αναφέρονται παραπάνω.

- 1. Αναμονή:** Η φάση αυτή επικεντρώνεται στην περίοδο πριν από την αναχώρηση από το σπίτι. Τα άτομα έχουν επίγνωση του επικείμενου κινδύνου και πρέπει να λάβουν γρήγορες αποφάσεις υψηλού κινδύνου όχι μόνο για τους ίδιους αλλά και για τους οικείους τους. Αντιμετωπίζουν την αβεβαιότητα για το αν θα φύγουν ή θα παραμείνουν, υπό έντονη πίεση λόγω του περιορισμένου χρόνου και των συνεπειών κάθε απόφασης. Η φάση αυτή μπορεί να χωριστεί σε δύο υπο-φάσεις: (1) όταν το σπίτι εξακολουθεί να θεωρείται ασφαλές και (2) όταν αρχίζουν να αποδέχονται την πραγματικότητα της «αρχικής απομάκρυνσης», δηλαδή τη στιγμή που έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωποι με το γεγονός ότι πρέπει να εγκαταλείψουν το σπίτι τους και ότι η αναχώρηση είναι αναπόφευκτη.
- 2. Καταστροφικά γεγονότα:** Η φάση αυτή σηματοδοτεί την έκρηξη γεγονότων που προκαλούν φόβο, συμπεριλαμβανομένων των τραυματικών (όπως οι επικίνδυνες απειλές για τη ζωή του ατόμου). Οι εμπειρίες αυτές αποτελούν βασικό μέρος της αφήγησης του ατόμου, διαμορφώνοντας τη συναισθηματική και ψυχολογική του αντίδραση στη μετατόπιση. Αυτή είναι επίσης η φάση που συνήθως αναφέρεται ως «το τραύμα».
- 3. Επιβίωση:** Εδώ, η εστίαση μετατοπίζεται στην άμεση επιβίωση: εξασφάλιση καταφυγίου, τροφής, νερού και ασφάλειας. Τα άτομα βιώνουν την έλλειψη ελέγχου, καθώς οι αποφάσεις σχετικά με την καθημερινή τους δομή λαμβάνονται συχνά για λογαριασμό τους, αφήνοντάς τα σε μια προσωρινή κατάσταση στην οποία έχουν ελάχιστη έως καθόλου εξουσία όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων. Η επιβίωση μπορεί επίσης να περιλαμβάνει την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, την επανένωση με μέλη της οικογένειας και την καθοδήγηση όσον αφορά τη βοήθεια και τη συνδρομή έκτακτης ανάγκης.
- 4. Προσαρμογή:** Καθώς τα άτομα εγκαθίστανται σε μακροχρόνια καταλύματα, η αβεβαιότητα μειώνεται. Αρχίζουν να αντιμετωπίζουν νέες προκλήσεις (για παράδειγμα, προσαρμογή σε μια διαφορετική κουλτούρα, εκμάθηση μιας νέας γλώσσας και διαχείριση της καθημερινής ζωής), ενώ παράλληλα οραματίζονται ένα μέλλον στο νέο περιβάλλον, αν και οι μεταναστευτικοί νόμοι μπορεί να επηρεάσουν αυτή την προοπτική.

Κάθε άτομο βιώνει αυτές τις διεργασίες με μοναδικό τρόπο, επηρεασμένο από τις ιδιαίτερες περιστάσεις της ζωής του. Η μετακίνηση από τον εκτοπισμό στη μετεγκατάσταση μπορεί να περιλαμβάνει φάσεις αγώνα, προσαρμογής και συμφιλίωσης με τις απώλειες που υπέστησαν κατά τη διάρκεια του εκτοπισμού, καθώς και προσπάθειες για την ανοικοδόμηση μιας συνεκτικής αίσθησης του εαυτού σε ένα νέο πλαίσιο [1].

3. Αποδημητικός θρήνος

Το σύνδρομο του Οδυσσέα, επίσης γνωστό ως «**αποδημητικός θρήνος**» ή «το σύνδρομο του μετανάστη με χρόνια και πολλαπλό στρες», είναι μια έννοια που εισήγαγε το 2002 ο Ισπανός ψυχίατρος Dr. Joseba Achotegui [8] για να περιγράψει τις ψυχολογικές και συναισθηματικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες κατά τη διαδικασία της μετανάστευσης. Εμπνευσμένο από το επικό ταξίδι του ήρωα Οδυσσέα, το μοντέλο αυτό μπορεί να βοηθήσει το προσωπικό στο πεδίο να εντοπίσει συγκεκριμένους τομείς στη ζωή των ανθρώπων με μεταναστευτική εμπειρία που χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή για την προαγωγή της ανθεκτικότητας και την πρόληψη σοβαρών ψυχικών προκλήσεων.

Ομοίως με τα παραπάνω, αντί να παθολογικοποιεί τις ψυχολογικές αντιδράσεις στην εμπειρία της μετανάστευσης, το μοντέλο χρησιμεύει ως θεωρητικό πλαίσιο για τον εντοπισμό των ψυχολογικών προσαρμογών που διανύουν οι μετανάστες/-τριες λόγω των πολλαπλών απωλειών και των συνεχιζόμενων προκλήσεων με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι/-ες [9]. Το ακόλουθο γράφημα και ο πίνακας παρουσιάζουν τους επτά τομείς ή είδη θρήνου του συνδρόμου του Οδυσσέα, μαζί με έναν πρόσθετο τομέα που προτάθηκε από τον καθηγητή González Calvo, ο οποίος συνέβαλε στη διεύρυνση της θεωρίας του Achotegui προσδιορίζοντας βασικά χαρακτηριστικά του αποδημητικού θρήνου, όπως η μερική, επαναλαμβανόμενη και πολλαπλή φύση του [10,11]. Περισσότερες πληροφορίες στην αγγλική γλώσσα ως προς την πρακτική εφαρμογή αυτής της θεωρίας είναι διαθέσιμες στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 1.4 - Έντυπο 2. «Αποδημητικός θρήνος»).

→ **BINTEO:** [Σύνδρομο του Οδυσσέα και τρόποι θεραπείας](#) (EN) 

Εικόνα 1.4.3. «Τα 7 + 1 είδη αποδημητικού θρήνου»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες του Achotegui (2024)

[Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>]

Τα 7 + 1 είδη αποδημητικού θρήνου

Οικογένεια και φίλοι	Συναισθηματικός πόνος από την εγκατάλειψη της οικογένειας, των φίλων και των οικείων κοινωνικών δικτύων.
Γλώσσα	Απογοήτευση και απομόνωση λόγω της απώλειας της ικανότητας επικοινωνίας με ευχέρεια σε μια νέα γλώσσα.
Γη	Αυτό το είδος θρήνου περιλαμβάνει την έννοια της «γης» ευρύτερα: τα τοπία, τα χρώματα, τις μυρωδιές, τη φωτεινότητα, το κλίμα κ.λπ.
Κουλτούρα	Προκλήσεις προσαρμογής σε μια νέα κουλτούρα με διαφορετικά πρότυπα, συνήθειες και αξίες. Σχετίζεται με τη διαδικασία επιπολιτισμού .
Αίσθηση του ανήκειν	Απώλεια της ομάδας όπου ανήκουμε, όπου ταυτιζόμαστε και μας αναγνωρίζουν. Οι εμπειρίες προκατάληψης, ρατσισμού, ξενοφοβίας, περιθωριοποίησης και αποκλεισμού στη χώρα υποδοχής μπορούν να ενισχύσουν την ψυχολογική δυσφορία.

Θέση/καθεστώς	Απώλεια κοινωνικής θέσης (π.χ. ανάληψη κακοπληρωμένης εργασίας). Οι περιορισμοί λόγω ανασφαλούς διαμονής μπορεί επίσης να αντιπροσωπεύουν απώλεια θέσης/στάτους (π.χ. πρόσφυγες που έχουν συγκεκριμένους περιορισμούς όσον αφορά τη στέγαση ή τις επαγγελματικές ευκαιρίες λόγω περιορισμένης αναγνώρισης της προηγούμενης επαγγελματικής τους κατάρτισης).
Σωματική ασφάλεια	Άγχος για σωματικό κίνδυνο κατά τη διάρκεια του ταξιδιού ή στη χώρα υποδοχής. Σε πολλές περιπτώσεις, οι υφιστάμενοι κίνδυνοι δεν είναι τόσο υψηλοί όσο εκείνοι που αφήνονται πίσω.
Αδυναμία επιστροφής^[10]	Για ορισμένους ανθρώπους, το συναίσθημα και η επιθυμία να επιστρέψουν συχνά επιμένουν και δεν εγκαταλείπονται ποτέ εξ ολοκλήρου. Για ορισμένους μετανάστες, εάν οι οικονομικές συνθήκες και οι διοικητικές/γραφειοκρατικές διαδικασίες το επιτρέπουν, μπορεί να είναι δυνατόν να επιστρέψουν κάποια στιγμή, έστω και μόνο για να επισκεφθούν αγαπημένα τους πρόσωπα. Για άλλους, αυτό δεν θα είναι καν μια επιλογή λόγω συγκρούσεων, πολιτικών διώξεων, οικονομικής αστάθειας και άλλων αιτιών.

Στο πλαίσιο του προγράμματος «Το σύνδρομο του Οδυσσέα και τρόποι θεραπείας», η Hui International, σε συνεργασία με τον Dr. Joseba Achotegui, έχει αναπτύξει μια σειρά από πολύγλωσσους πόρους (συμπεριλαμβανομένων των αγγλικών, αραβικών, φαρσί, παστού και ουκρανικών) **για την ευαισθητοποίηση σχετικά με τους ψυχοπιεστικούς παράγοντες ή τα είδη αποδημητικού θρήνου που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες παγκοσμίως**. Ένα χρήσιμο ενημερωτικό δελτίο 4 σελίδων είναι διαθέσιμο [εδώ](#). Το έγγραφο αυτό, μαζί με άλλο υλικό από το ίδιο πρόγραμμα, περιλαμβάνεται στο  **Αποθετήριο** (βλ. Ενότητα 1, Χρήσιμες πηγές).



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας

Σκεφτείτε ένα άτομο που βοηθάτε αυτήν την περίοδο ή με το οποίο βρίσκεστε σε επαφή.

- Σε ποια φάση νομίζετε ότι βρίσκεται αυτήν τη στιγμή; Μπορείτε να εντοπίσετε μια φάση που έχει ήδη περάσει;
- Αξιοποιώντας τη θεωρία του αποδημητικού θρήνου, σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες πληροφορίες που περιγράφονται ανωτέρω, ποιοι τομείς θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως πόροι ή αποθέματα για το άτομο αυτό στο νέο του περιβάλλον; Πού βρίσκονται οι σημερινοί του αγώνες και πού μπορεί να βιώνει βαθύτερο θρήνο;

- Ποιες παρεμβάσεις ή παραπομπές μπορείτε να δρομολογήσετε από το πεδίο της εργασίας σας προκειμένου να υποστηρίξετε τη λειτουργική του προσαρμογή και να προάγετε την ψυχική του υγεία στο νέο περιβάλλον;

Προσαρμοσμένο από το [Πρόγραμμα «Σύνδρομο του Οδυσσέα»](#)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. London & New York: Routledge. [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (2024). *Ακούσια Αποικεισία – Πέρα από το τραύμα του ξεριζωμού*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.]
- [2] Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health* (London, England: 1997), 11(3), 273–289. <https://doi.org/10.1177/1363459307077541>
- [3] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [4] Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag.
- [5] Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.
- [6] Kizilhan, J. I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. VWB.
- [7] Kizilhan, J. I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. MiMi Gewaltprävention. <https://mimi-gewaltpraevention-lernen.de/migration/> [Accessed September 18. 2024].
- [8] Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303-305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>
- [9] Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13-23.
- [10] González Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social*, núm. 7, 77-97.
- [11] Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Ενότητα 1.5: Συνηθέστερες προκλήσεις ψυχικής υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες

Επισκόπηση ενότητας

Η τελευταία αυτή διδακτική ενότητα του πρώτου μαθήματος παρέχει μια συνοπτική επισκόπηση των ευρημάτων και των περιορισμών των υφιστάμενων ερευνών πάνω στην ψυχική υγεία στο πλαίσιο της μετανάστευσης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη σημασία της διάκρισης ανάμεσα σε σοβαρές ψυχιατρικές καταστάσεις και φυσιολογικές αντιδράσεις σε αντιξοότητες. Περιλαμβάνεται επίσης μια σύντομη παρουσίαση των πιο συχνών διαγνωστικών κατηγοριών, συνοδευόμενη από πολιτισμικές εκτιμήσεις. Τέλος, υπογραμμίζεται η ανάγκη μετάβασης από τη βιοϊατρική προσέγγιση της παραδοσιακής ψυχιατρικής προς μια πιο ολιστική κατανόηση που λαμβάνει υπόψη τους κοινωνικούς, συγκυριακούς και διαρθρωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ευεξία των μεταναστών και των προσφύγων.

Υποενότητες :

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Τρέχοντα ερευνητικά δεδομένα για τις ψυχικές προκλήσεις σε μετανάστες και πρόσφυγες](#)
3. [Ορισμένες σκέψεις για παρεμβάσεις σε μετανάστες που αντιμετωπίζουν ψυχικές προκλήσεις](#)
4. [Συχνές διαγνωστικές κατηγορίες](#)

1. Εισαγωγή

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενες ενότητες, ο ΠΟΥ ορίζει την ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να πραγματώνει τις ικανότητές του, να διαχειρίζεται τις καθημερινές πιέσεις, να εργάζεται παραγωγικά και να συνεισφέρει στην κοινότητά του [1]. **Η μετανάστευση μπορεί να διαταράξει αυτήν την ισορροπία, καθώς συχνά συνοδεύεται από ψυχοπιεστικούς παράγοντες όπως οι συνθήκες που οδηγούν στην αναχώρηση, οι δυσκολίες του ταξιδιού και οι προκλήσεις προσαρμογής στο νέο περιβάλλον.** Αυτοί οι παράγοντες ενδέχεται να προκαλέσουν αρνητικές ψυχολογικές

επιπτώσεις, ιδιαίτερα στους πρόσφυγες, όπου μπορεί να εκδηλωθεί μια «φυσιολογική αντίδραση σε μη φυσιολογικές συνθήκες». Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο νοσταλγικός αποπροσανατολισμός – μια έντονη αίσθηση νοσταλγίας για το παρελθόν που συνοδεύεται από αίσθημα αποπροσανατολισμού στο παρόν [2]. Ωστόσο, **δεν βιώνουν όλοι οι μετανάστες ή οι πρόσφυγες το στρες με τον ίδιο τρόπο. Για πολλούς, η μετανάστευση μπορεί επίσης να σηματοδοτεί μια ευκαιρία για την παραγωγή νέου νοήματος και την ανοικοδόμηση μιας νέας κανονικότητας.**

Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών ψυχολογικών αντιδράσεων και πιθανών ψυχικών διαταραχών είναι κρίσιμη. Οι φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες που σχετίζεται με τη μετανάστευση μπορεί να περιλαμβάνουν προσωρινά συναισθήματα θλίψης, άγχους και δυσκολία στον ύπνο. **Τέτοιες αντιδράσεις είναι συνήθως αναμενόμενες, αναλογικές με το μέγεθος της πίεσης και τείνουν να υποχωρούν καθώς το άτομο προσαρμόζεται στο νέο περιβάλλον.**

Ωστόσο, όταν τα συμπτώματα αυτά **παρατείνονται, εντείνονται με την πάροδο του χρόνου ή περιορίζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου, μπορεί να υποδηλώνουν την εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής [3-6].** Ενδείξεις όπως επίμονη κατάθλιψη, έντονο άγχος, χρόνιες διαταραχές ύπνου ή βασανιστικές σκέψεις που δεν υποχωρούν παρά την ύπαρξη ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ή την πάροδο του χρόνου, είναι σημαντικό να αξιολογηθούν προσεκτικά. Για τον λόγο αυτό, το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό στον τομέα της ψυχικής υγείας πρέπει να παρακολουθεί αυτά τα σημάδια, ώστε να είναι σε θέση **να διακρίνει τις φυσιολογικές προσαρμοστικές αντιδράσεις από ενδείξεις σοβαρότερων καταστάσεων που απαιτούν εξειδικευμένη παρέμβαση.**

2. Τρέχοντα ερευνητικά δεδομένα για τις ψυχικές προκλήσεις σε μετανάστες και πρόσφυγες

Η έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας και της μετανάστευσης καταλήγει συχνά σε αντικρουόμενα ευρήματα, γεγονός που καθιστά **δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.** Οι μελέτες επικεντρώνονται κυρίως στο άγχος, την κατάθλιψη, τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (γνωστή και ως PTSD) και, σε μικρότερο βαθμό, στις ψυχωσικές διαταραχές. Ειδικότερα για τους πρόσφυγες, η

Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αναφέρει μια ευρεία διακύμανση στον επιπολασμό των διαταραχών ψυχικής υγείας [7]:

- 4% έως 40% για το άγχος
- 5% έως 44% για την κατάθλιψη
- 9% έως 36% για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)

Αυτή η σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μελετών οφείλεται συχνά στην παράλειψη σημαντικών παραμέτρων, όπως η σχέση μεταξύ των ψυχικών καταστάσεων και των διαφορετικών τύπων μετανάστευσης, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, οι πολιτισμικές επιρροές και η χρονική συγκυρία. Διαφοροποιήσεις προκύπτουν επίσης από ζητήματα που σχετίζονται με το μέγεθος και την επιλογή του δείγματος, την αξιοπιστία και την πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση των εργαλείων, την έλλειψη διαχρονικών μελετών και την υπερβολική εξάρτηση από κλίμακες αυτοαναφοράς σε ερωτηματολόγια [8]. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι κινδυνολογικές στατιστικές σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς **δεν υποστηρίζονται πάντα από συστηματικές ανασκοπήσεις**. Ο επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών **ποικίλλει σημαντικά** μεταξύ ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και επηρεάζεται από μια σειρά προσωπικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων [8,9]. Με άλλα λόγια, η μετανάστευση μπορεί να είναι μια ψυχοπιεστική διαδικασία, αλλά κάθε άτομο ανταποκρίνεται στο στρες με διαφορετικό τρόπο.

© **Καίριο σημείο:** Μια εικόνα από την έρευνα για την ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων

Μια ευρωπαϊκή ανασκόπηση μελετών κατέληξε ότι **δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά ψυχικών διαταραχών μεταξύ μεταναστευτικών και μη μεταναστευτικών πληθυσμών** [10]. Η μόνη εξαίρεση ήταν η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), η οποία εμφανίζεται συχνότερα στους πρόσφυγες σε σύγκριση με τους μη πρόσφυγες. Ωστόσο, το PTSD δεν είναι η πιο συχνή διαταραχή – η θέση αυτή ανήκει στην κατάθλιψη, η οποία επηρεάζει μόνο ένα μικρό ποσοστό ανθρώπων, αντίστοιχο με τον γενικό πληθυσμό.

Στην πραγματικότητα, τα ευρήματα δείχνουν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας των μεταναστών συχνά συνδέονται περισσότερο με τις συνθήκες ένταξης και τους κοινωνικούς παράγοντες που αντιμετωπίζουν στη χώρα υποδοχής [11,12]. Παράγοντες όπως οι εμπειρίες βίας, εκμετάλλευσης και κράτησης αυξάνουν την ευπάθεια σε ψυχικές διαταραχές [11-13], ενώ τα άτομα που έχουν επιβιώσει από εμπορία ανθρώπων διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης PTSD [14].

3. Ορισμένες σκέψεις για παρεμβάσεις σε μετανάστες που αντιμετωπίζουν ψυχικές προκλήσεις

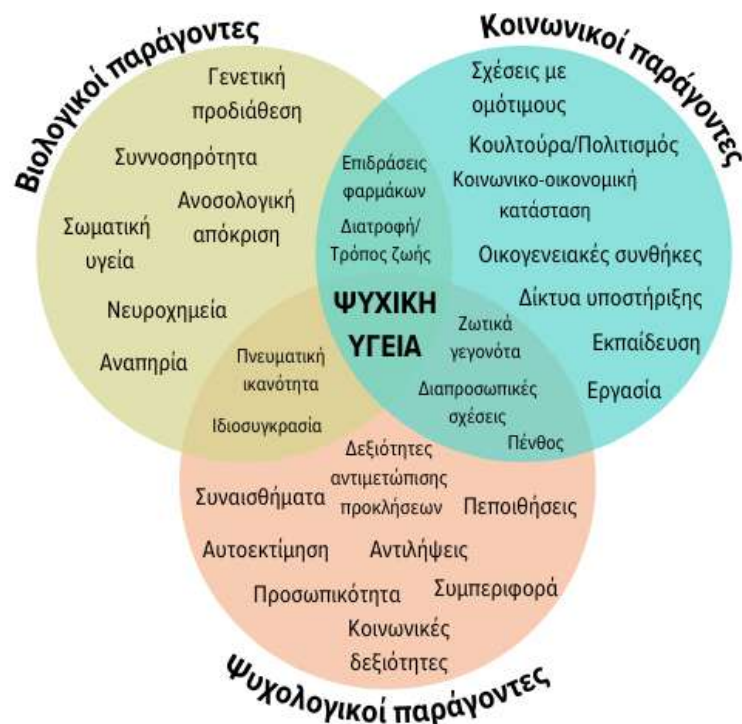
Αυτές οι παρατηρήσεις αναδεικνύουν τη σημασία μιας προσέγγισης που αναγνωρίζει **την πολυπλοκότητα, την ολότητα και τη μοναδικότητα της εμπειρίας κάθε ατόμου**. Οι πάροχοι υπηρεσιών χρειάζεται να **κατανοούν τα συμπτώματα των ανθρώπων στο κοινωνικό και πολιτισμικό τους πλαίσιο, ξεπερνώντας τις παραδοσιακές διαγνωστικές προσεγγίσεις**.

Το επαγγελματικό προσωπικό (ιδιαίτερα τα άτομα που εργάζονται στον τομέα της υγείας και της ψυχικής υγείας και έχουν την ευθύνη, βάσει εθνικών κανονισμών, να παρέχουν θεραπεία μέσω εξειδικευμένων παρεμβάσεων όπως η φαρμακοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία) καλείται να υιοθετήσει **μια πολυδιάστατη προσέγγιση**, όπως το **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** [14]. Όπως και η θεωρία των κοινωνικο-οικολογικών συστημάτων που συζητήθηκε στην Ενότητα 1.3, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο εξετάζει τα ζητήματα ψυχικής υγείας ως αποτέλεσμα διαφόρων αλληλένδετων παραγόντων (βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών). Αυτή η οπτική **αναγνωρίζει ότι οι προκλήσεις ψυχικής υγείας δεν προκύπτουν από μία μόνο αιτία, αλλά από πολλαπλές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, οι οποίες επηρεάζουν τη συνολική του ευεξία**. Στην επόμενη σελίδα ακολουθεί ένα γράφημα (Εικόνα 1.5.1) που παρουσιάζει αναλυτικότερα αυτούς τους παράγοντες και τον τρόπο με τον οποίο συνδέονται.

Οι πιο πρόσφατες εκδόσεις των δύο κύριων εγχειριδίων που χρησιμοποιούνται στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες για τους σκοπούς της διάγνωσης ψυχικών διαταραχών, το εγχειρίδιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας **ICD-11** (11η αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας) [3] και το εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας **DSM-**

5 (5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών) [4], σχεδιάστηκαν με γνώμονα τη μεγαλύτερη πολιτισμική ευαισθησία προκειμένου να βελτιωθεί η αξιολόγηση και η περίθαλψη σε πληθυσμούς από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα.

Εικόνα 1.5.1. «Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην ψυχική υγεία»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση την πρόταση του Engel για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

[Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (New York, N.Y.), 196(4286), 129–136.

<https://doi.org/10.1126/science.847460>

Πώς ανταποκρινόμαστε, λοιπόν, στις διαφορετικές ανάγκες των ανθρώπων που συναντάμε στην καθημερινή μας εργασία; Ο ΠΟΥ δημιούργησε ένα [καθοδηγητικό σημείωμα](#) για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών στην Ευρώπη. Περιγράφει λεπτομερώς τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και τις ποικίλες ψυχικές αντιδράσεις που μπορεί να βιώνουν, οι οποίες μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου [15]. Το έγγραφο αυτό περιλαμβάνεται στο [Αποθετήριο](#) (βλ. Ενότητα 1, Χρήσιμες πηγές). Λεπτομερείς πληροφορίες ως προς δεξιότητες αναγνώρισης και αξιολόγησης των ψυχοκοινωνικών αναγκών των μεταναστών είναι διαθέσιμες στην [Ενότητα 2](#).

4. Συχνές διαγνωστικές κατηγορίες

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η «**ψυχική διαταραχή** χαρακτηρίζεται από **κλινικά σημαντική ενόχληση στη γνωστική λειτουργία, τη συναισθηματική ισορροπία ή τη συμπεριφορά ενός ατόμου**. Συνήθως συνδέεται με δυσφορία ή έκπτωση σε σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί επίσης να περιγράφονται ως ψυχικές προκλήσεις. Η περιγραφή αυτή χρησιμοποιείται ως ένας ευρύτερος όρος που περιλαμβάνει ψυχικές διαταραχές, ψυχοκοινωνικές αναπηρίες και (άλλες) ψυχικές καταστάσεις που συνδέονται με σημαντική δυσφορία, έκπτωση της λειτουργικότητας ή κίνδυνο αυτοτραυματισμού» [5].

Στην υποενότητα που ακολουθεί, περιγράφεται η συνήθης κλινική εικόνα ορισμένων διαγνωστικών κατηγοριών ή «διαταραχών» που συχνά αποδίδονται σε ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία, καθώς και ορισμένες πολιτισμικές διαστάσεις αυτών, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ [3,5,15,16]. Μια διεξοδικότερη επισκόπηση της στενής σχέσης της κουλτούρας με την ψυχική υγεία θα γίνει στην Μάθημα 2, Ενότητα 2.1: Κατανόηση της επίδρασης της κουλτούρας στην ψυχική υγεία.

Η προσεχής ενότητα στοχεύει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που εργάζεται με αυτούς τους πληθυσμούς. Ωστόσο, **δεν αποτελεί ολοκληρωμένο οδηγό και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για διαγνωστικούς σκοπούς, οι οποίοι πρέπει πάντα να διενεργούνται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό**. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι αυτή η υποενότητα δεν καλύπτει θέματα όπως η επιβλαβής χρήση ουσιών, οι τραυματικές εγκεφαλικές κακώσεις και οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές, όπως η άνοια και οι νοητικές αναπηρίες.

Ένας κρίσιμος παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την εργασία με διαγνωστικές ετικέτες είναι ότι **αυτές ποτέ δεν αποτυπώνουν πλήρως την εμπειρία των ατόμων που αφορούν** [17].

Οι ανάγκες ψυχικής υγείας των μεταναστών είναι συχνά περίπλοκες και πολύπλευρες. Η παράβλεψη αυτής της πολυπλοκότητας μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση (δηλαδή, τον εσφαλμένο προσδιορισμό μιας ψυχολογικής κατάστασης, είτε μέσω υπερδιάγνωσης, όπου μια ψυχική κατάσταση αναγνωρίζεται λανθασμένα ενώ δεν υπάρχει, είτε μέσω υποδιάγνωσης, όπου μια υπαρκτή κατάσταση

δεν εντοπίζεται). Τα σφάλματα στη διάγνωση, ειδικά σε μετανάστες και πρόσφυγες, ενδέχεται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις. Η υπερδιάγνωση **μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικό στίγμα και να αποσπάσει την προσοχή από βαθύτερα ζητήματα, όπως οι θεσμικές διακρίσεις και η συστημική καταπίεση**, που συχνά συμβάλλουν στις ανισότητες στην ψυχική υγεία [18]. Αντίστοιχα, η υποδιάγνωση μπορεί να έχει εξίσου αρνητικές συνέπειες, **οδηγώντας σε αναποτελεσματική θεραπεία, καθυστερήσεις στην παροχή φροντίδας και αυξημένο κόστος για το σύστημα υγείας** [19].

- **Κατάθλιψη**

Σύμφωνα με το ICD-11 [3], «οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από **καταθλιπτική διάθεση** (π.χ. θλίψη, ευερεθιστότητα, αίσθημα κενού) ή **απώλεια ευχαρίστησης που συνοδεύεται από άλλα γνωστικά, συμπεριφορικά ή νευροφυτικά ή σωματόμορφα συμπτώματα που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί**». Όπως συμβαίνει με όλες τις άλλες ψυχικές καταστάσεις, η αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών θα πρέπει να εξετάζεται μόνο εάν το άτομο έχει επίμονα συμπτώματα για αρκετές εβδομάδες και ως εκ τούτου συναντά σημαντικές δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων [5].

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν διαταραχές στη συγκέντρωση, την ενέργεια, τη μνήμη, τη σκέψη, την οργάνωση και την έναρξη εργασιών, απελπισία για το μέλλον και αυτοκτονικές σκέψεις ή πράξεις [5]. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι λιγότερο αναγνωρίσιμη στους μετανάστες και τους πρόσφυγες λόγω των **πολιτισμικών διαφορών στην έκφραση της δυσφορίας**.

Παράλληλα με τα τυπικά συμπτώματα, όπως η μειωμένη διάθεση και η έλλειψη ενδιαφέροντος για ευχάριστες δραστηριότητες (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που προηγουμένως ήταν ευχάριστες για το άτομο), οι άνθρωποι με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία μπορεί να εμφανίζουν ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, που αναφέρονται ως «**σωματοποιήσεις**» ή «**σωματόμορφα συμπτώματα**», και να εκφράζουν τη συναισθηματική δυσφορία μέσω του σωματικού πόνου, της κόπωσης και της δυσανασχέτησης [17,20]. Παρόλο που κανείς δεν μπορεί ποτέ να είναι σίγουρος ότι δεν θα βρεθεί στο μέλλον μια σωματική αιτία, αυτά τα συμπτώματα θεωρούνται συχνά ως σωματικές εκφράσεις συναισθηματικών προβλημάτων [17].

- Διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και τον φόβο

Σύμφωνα με το ICD-11 [3], «οι διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και τον φόβο χαρακτηρίζονται από **υπερβολικό φόβο και άγχος** και συναφείς διαταραχές της συμπεριφοράς, με συμπτώματα **αρκετά σοβαρά ώστε να οδηγούν σε σημαντική δυσφορία ή έκπτωση της λειτουργικότητας**. Ο φόβος και το άγχος είναι στενά συνδεδεμένα φαινόμενα: ο φόβος αντιπροσωπεύει μια αντίδραση στην επικείμενη απειλή όπως αυτή γίνεται αντιληπτή στο παρόν, ενώ το άγχος είναι περισσότερο προσανατολισμένο στο μέλλον, αναφερόμενο στην αναμενόμενη απειλή, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή στο παρόν».

Για την ειδική διάγνωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, απαιτούνται έντονα συμπτώματα άγχους, τα οποία εκδηλώνονται είτε με μια ανήσυχη ψυχική κατάσταση (που αναφέρεται επίσης ως «διάχυτη ανησυχία» ή «ελεύθερα κυμαινόμενο άγχος»/free-floating anxiety) είτε με υπερβολική ανησυχία για αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν σε διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής. Ακόμη και όταν το άγχος είναι σοβαρό, η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη.

Το άγχος και η ανησυχία είναι φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες. Σε υγιή επίπεδα, μπορούν να βοηθήσουν στην επίλυση προβλημάτων. Για τους περισσότερους μετανάστες και πρόσφυγες, το άγχος και η ανησυχία είναι **διαχειρίσιμα** και **δεν επηρεάζουν την καθημερινή ζωή**. Τα άτομα που βρίσκονται σε εξαιρετικά ψυχοπιεστικές καταστάσεις (π.χ. ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης) μπορεί να βιώνουν έντονο άγχος και ανησυχία ανάλογα με τις περιστάσεις της ζωής τους. **Οι ρεαλιστικές ανησυχίες** (όπως τα γλωσσικά εμπόδια, ο φόβος της απέλασης και ο διαχωρισμός της οικογένειας) **μπορεί να θεωρηθούν λανθασμένα ως υπερβολικές, εάν αποπλαισιωθούν**. Αυτές δεν θα πρέπει να θεωρούνται ενδείξεις γενικευμένης αγχώδους διαταραχής εάν εμφανίζονται μόνο σε τέτοιες καταστάσεις [3,16]. Στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το άγχος και η ανησυχία είναι υπερβολικά, επίμονα και έντονα, επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργικότητα.

Επιπλέον, τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται το άγχος. Ορισμένες ομάδες μπορεί να εμφανίσουν **περισσότερα σωματικά συμπτώματα παρά ανησυχία**, όπως ζάλη ή αίσθημα καύσου στο κεφάλι. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μπορεί να

βιώνουν άγχος πέρα από τις περιγραφές των διαταραχών γενικευμένου άγχους και πανικού, συμπεριλαμβανομένων **πολιτισμικά ειδικών συνδρόμων**, όπως τα «ataques de nervios» (νευρικές προσβολές) στις κοινότητες των Λατίνων, που χαρακτηρίζονται από έντονη συναισθηματική δυσφορία και σωματικά συμπτώματα [21].

- **Διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ/PTSD)**

Σύμφωνα με το ICD-11 [3], «η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ/PTSD) μπορεί να αναπτυχθεί μετά την **έκθεση σε ένα εξαιρετικά απειλητικό ή τρομακτικό γεγονός ή σειρά γεγονότων**»³. Όταν ένα συγκεκριμένο, χαρακτηριστικό σύνολο συμπτωμάτων (επαναφορά της εμπειρίας, αποφυγή και αυξημένη αίσθηση της τρέχουσας απειλής) επιμένει για περισσότερο από ένα μήνα μετά από ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός, το άτομο μπορεί να έχει αναπτύξει PTSD [5].

Το PTSD χαρακτηρίζεται γενικά από διάφορες ομάδες συμπτωμάτων: παρεμβατικά συμπτώματα (π.χ. επαναλαμβανόμενες οδυνηρές αναμνήσεις ή όνειρα που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία), συμπτώματα αποφυγής (π.χ. αποφυγή εξωτερικών υπενθυμίσεων του γεγονότος), αρνητικές μεταβολές στη γνωστική λειτουργία και τη διάθεση και μεταβολές στην εγρήγορση και την αντιδραστικότητα.

Τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ ατόμων με διαφορετικό υπόβαθρο [3]. Σε ορισμένες ομάδες, **ο θυμός μπορεί να είναι ο πιο εμφανής και πολιτισμικά κατάλληλος τρόπος έκφρασης της δυσφορίας**, ενώ σε άλλες, **οι εφιάλτες μπορεί να έχουν σημαντική πολιτισμική σημασία**. Συμπτώματα όπως πονοκέφαλοι, ζάλη και γαστρεντερική δυσφορία μπορεί να είναι συχνά σε ορισμένες κουλτούρες, αλλά συνήθως δεν περιλαμβάνονται στις τυπικές περιγραφές των εκδηλώσεων του PTSD, οδηγώντας πιθανά σε λανθασμένη διάγνωση. Οι πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν επίσης **τον τρόπο με τον οποίο αναπτύσσεται το PTSD και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η αντιξοότητα**. Για παράδειγμα,

³ Διαφορετικά γεγονότα βιώνονται διαφορετικά από διαφορετικούς ανθρώπους. Αντί των όρων «τραύμα» ή «τραυματικό γεγονός», στην καθημερινή μας εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες, συνιστούμε να χρησιμοποιούμε τον πιο περιεκτικό όρο «αντιξοότητα».

σε ορισμένες κουλτούρες, **οι αντιξοότητες που πλήττουν τα μέλη της οικογένειας θεωρούνται πιο σοβαρές από τις αντιξοότητες που έχουν επιβιώσει τα ίδια τα άτομα** ή οι άνθρωποι μπορεί να βιώσουν μεγάλη ψυχική οδύνη από την **αδυναμία να επιτελέσουν τις πρόπουσες τελετουργίες αποχαιρετισμού σε περίπτωση που βιώνουν απώλειες προσφιλών προσώπων**. Τέλος, ορισμένα συμπτώματα, όπως οι ενοχλητικές ή παρειαφρητικές σκέψεις, μπορεί να θεωρούνται φυσιολογικά σε ορισμένα πλαίσια.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πολλοί άνθρωποι που έχουν επιβιώσει από εξαιρετικά απειλητικά ή τρομακτικά γεγονότα μπορεί να αναπτύξουν διαταραχή προσαρμογής παρά PTSD. Η διαταραχή προσαρμογής μπορεί να προκύψει από **κάθε είδους στρες**, όχι μόνο από σοβαρά γεγονότα, και **μπορεί να επιδεινωθεί σε συνθήκες περιορισμένης οικογενειακής ή κοινοτικής υποστήριξης**, ιδίως σε άτομα που προέρχονται από κολεκτιβιστικές κουλτούρες, όπως συμβαίνει συχνά με τους ανθρώπους με προσφυγική και μεταναστευτική εμπειρία [3]. Ωστόσο, **υπάρχει ο κίνδυνος να χαρακτηριστούν ως ασθένεια οι πολιτισμικά φυσιολογικές, προσαρμοστικές αντιδράσεις**, ιδίως όταν το προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένο με το πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου [16].

Για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο που αντιμετωπίζουν παρατεταμένη αβεβαιότητα και άγχος, μπορεί να είναι δύσκολο να κρίνουμε τι είναι πραγματικά «δυσπροσαρμοστικό». Παρόμοια με το PTSD, η διάγνωση της διαταραχής προσαρμογής προϋποθέτει την αναγνώριση ενός συγκεκριμένου ή πολλαπλών ψυχοπιεστικών παραγόντων, προσδιορίζοντας έτσι μια σαφή αιτία. Ωστόσο, αυτή η διαγνωστική προσέγγιση μπορεί να μην είναι κατάλληλη για άτομα που έχουν **βιώσει παρατεταμένες και πολλαπλές δυσκολίες, οι οποίες επηρεάζουν διάφορες πτυχές της ζωής και των σχέσεών τους** – ιδίως όταν αυτές οι αντιξοότητες είναι διαρκείς και δεν υπάρχει σαφής αρχή ή τέλος.

• Διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος

Σύμφωνα με το ICD-11 [3], οι διαταραχές του ψυχωτικού φάσματος είναι «**μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από σημαντικά προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας και μεταβολές στη συμπεριφορά, οι οποίες εκδηλώνονται με συμπτώματα όπως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, διαταραγμένη σκέψη (που συνήθως εμφανίζεται ως αποδιοργανωμένη ομιλία) και αποδιοργανωμένη συμπεριφορά**». **Τα άτομα με ψύχωση**

μπορεί να πιστεύουν ακράδαντα ή να αντιλαμβάνονται πράγματα που δεν είναι πραγματικά. Οι πεπειθήμες και οι εμπειρίες τους θεωρούνται συνήθως μη φυσιολογικές από τις κοινότητές τους. Τα άτομα με ψύχωση συχνά δεν συνειδητοποιούν ότι υποφέρουν από μια ψυχική διαταραχή και συχνά δεν μπορούν να λειτουργήσουν επαρκώς σε πολλούς τομείς της ζωής τους [5].

Οι πεπειθήμες και οι εκφράσεις της δυσφορίας διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα. Επομένως, κάτι που μπορεί να φαίνεται παράξενο ή «ψυχωτικό» σε έναν πολιτισμό μπορεί να είναι φυσιολογικό σε έναν άλλο [19]. Για παράδειγμα, η πίστη στη μαγεία ή σε υπερφυσικές δυνάμεις ή ο φόβος για τα πολιτισμικά ταμπού είναι κοινός σε πολλά πολιτισμικά πλαίσια [3]. Οι φυσιολογικές αντιδράσεις θλίψης μπορεί να εκδηλώνονται με τρόπους που μοιάζουν με ψυχωτικά συμπτώματα, όπως το να βλέπεις πνεύματα, κάτι που συμβαίνει συχνά στις ισπανόφωνες/λατινικές και νότιες κινεζικές κοινότητες. Οι παρανοήσεις μεταξύ εξυπηρετούμενων ατόμων και παρόχων υπηρεσιών υγείας από διαφορετικές κουλτούρες μπορεί να περιπλέξουν τη διάγνωση, οπότε η συμβολή της οικογένειας ή της κοινότητας του ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Οι εθνοτικές μειονότητες και οι μετανάστες συχνά εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά διαγνώσεων με ψυχωσικές διαταραχές, γεγονός που ενδέχεται να οφείλεται σε λανθασμένη ερμηνεία των επιπτώσεων του μεταναστευτικού στρες και των διακρίσεων [3]. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται όταν η διάγνωση πραγματοποιείται μέσω διερμηνέων ή σε δεύτερη γλώσσα, ώστε να αποφεύγεται η παρερμηνεία πολιτισμικών εκφράσεων ως ενδείξεις ψύχωσης. Η αυξημένη ευαλωτότητα των μεταναστών σε ψυχωσικές διαταραχές μπορεί να σχετίζεται με εμπειρίες εκτοπισμού, χρόνιο στρες, κοινωνική απομόνωση και πολιτισμικό αποπροσανατολισμό. Επιπλέον, παράγοντες όπως το ιστορικό ψυχικών ασθενειών, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και η χρήση ουσιών ως μηχανισμός διαχείρισης του στρες μπορεί να εντείνουν τον κίνδυνο εμφάνισης τέτοιων διαταραχών [22].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Geneva: World Health Organization.
- [2] Papadopoulos, R. K. (2002b). Refugees, home and trauma. In R. K. Papadopoulos (Ed.), *Therapeutic care for refugees: No place like home* (pp. 9–39). London: Karnac.
- [3] World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- [4] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [5] World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. Retrieved April 30, 2024 from WHO's website.
- [6] World Health Organization and United Nations High Commissioner for Refugees (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies*. Geneva: WHO.
- [7] American Psychiatric Association (2020). *Mental health facts on refugees, asylum-seekers, & survivors of forced displacement*. Retrieved June 5, 2024 from the APA website.
- [8] Schininá, G. (2021). Migration governance and mental health. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford Textbook of Migrant Psychiatry* (pp. 243–250). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198833741.003.0027>
- [9] Schininá, G., & Zanghellini, T. E. (2018). Internal and International Migration and its Impact on the Mental Health of Migrants. In *Mental Health and Illness in Migration* (pp. 1–19). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-0750-7_3-1
- [10] Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Geneva: WHO.
- [11] Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- [12] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [13] Ottisova, L., Hemmings, S., Howard, L. M., Zimmerman, C., & Oram, S. (2016). Prevalence and risk of violence and the mental, physical and sexual health problems associated with human trafficking: an updated systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(4), 317–341. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000135>
- [14] Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

- [15] World Health Organization (2015). *Mental Health and Psychosocial Support for Refugees, Asylum Seekers and Migrants on the Move in Europe*. Geneva: WHO.
- [16] World Health Organization (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: WHO.
- [17] Kirmayer L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of clinical psychiatry*, 62 Suppl 13, 22–30.
- [18] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2018). Structural competency and psychiatry. *JAMA psychiatry*, 75(2), 115–116. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3891>
- [19] Schoretsanitis, G., Bhugra, D., & Exadaktylos, A. (2021). Psychiatric emergencies in asylum seekers. In D. Bhugra, O. Ayonrinde, E. J. Tolentino, Jr., K. Valsraj, & A. Ventriglio (Eds.), *Oxford textbook of migrant psychiatry* (pp. 533–542). Oxford University Press.
- [20] Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in migrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association journal*, 183(12), E959-E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- [21] Liebowitz, M. R., Salmán, E., Jusino, C. M., Garfinkel, R., Street, L., Cárdenas, D. L., Silvestre, J., Fyer, A. J., Carrasco, J. L., & Davies, S. (1994). Ataque de nervios and panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(6), 871–875. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.6.871>
- [19] Sen, P., Summers, A., & Maloney, C. (2022). Common diagnoses. In C. Maloney, J. Nelki, & A. Summers (Eds.), *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals* (pp. 150–165). Cambridge: Cambridge University Press.
- [22] Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>



Co-funded by
the European Union



Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ωστόσο, οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται είναι αποκλειστικά του/των συγγραφέα/-έων και δεν αντανακλούν κατ' ανάγκη τις απόψεις και τις γνώμες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του Ευρωπαϊκού Εκτελεστικού Οργανισμού Εκπαίδευσης και Πολιτισμού (EACEA). Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση ούτε ο EACEA μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι γι' αυτές.

Αυτό το έργο διατίθεται με άδεια χρήσης

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Διεθνής Άδεια](#) (CC-BY-NC 4.0).



Repository

Module 1. Foundations of Psychosocial Care in Migration Contexts

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 1.2 Social Determinants of Mental Health

Figure 1.2.1-R. “Social Determinants and Social Needs: Moving Beyond Midstream”

So how do we look ‘upstream’, to the so-called *causes-of-the-causes* of poor health? This useful graphic below illustrates some examples of interventions at all three levels. It can serve as a guide for professionals to see what their personal and collective impact can be at every level.



Note: Graphic sourced from the de Beaumont Foundation and Trust for America's Health, January 2019, "[Health Affairs: Meeting Individual Social Needs Falls Short Of Addressing Social Determinants Of Health](#)"

Handout 1: “Social Determinants of Mental Health in Detail”

As health and mental health professionals, social workers, cultural mediators, and volunteers working with migrants and refugees, understanding the numerous factors influencing people’s mental health and psychosocial well-being is essential for providing effective and targeted support and advocating for policy changes that address the root causes of health disparities.

A more comprehensive review of studies on how different social determinants impact the mental health of migrants and refugees is provided below.

- **Housing, basic amenities, and the environment**

Poor housing conditions are associated with adverse health outcomes. Research reveals that migrants and refugees face a multitude of mental health challenges due to a combination of insufficient support, inadequate housing, and structural discrimination. Studies have demonstrated that migrants and refugees experiencing housing insecurity had a difficulty accessing mental health support services. Lack of housing also hindered people’s capacity to improve language proficiency or participate in ESOL (English for Speakers of Other Languages) classes, consequently affecting their prospects for long-term integration [1]. Additionally, **prolonged stays in refugee camps and the associated daily stressors** (lack of freedom of movement, concerns regarding safety, substandard living conditions) **have been linked to poor mental health outcomes** [2,3]. Improving housing quality – by integrating adequate ventilation, moisture control, heating-cooling systems, and insulation to combat issues like dampness, mold, indoor air pollution, and extreme temperatures – can decrease the likelihood of respiratory diseases, cardiovascular issues, cancer, and mental health conditions [4].

- **Income and social protection**

Income and social security have been found to be **among the most important determinants of mental health**. Regardless of their original socio-economic background, refugees are often forced to leave behind their material possessions, livelihoods, savings, and professional credentials when fleeing their homelands. While some manage to retain resources, many arrive in a state of relative poverty, which can persist for years. Studies comparing refugee mental health to that of resident populations consistently show an association between refugees’ economic opportunities in the host country (including the right to work, access to employment, and socio-economic status) and their mental well-being. Studies have shown **that refugees who were unemployed, had infrequent contact with social support networks, perceived their job as of a lower level than their skills and qualifications, and found money management difficult**, were significantly **more likely to have poorer mental health outcomes than others** [5-7].

- **Education**

Education serves as a critical social determinant for the mental health for migrant and refugee populations by providing **a sense of stability, fostering social connections, enhancing self-esteem, improving economic prospects, and reducing stigma**. In a mixed-method study from Germany that combined interviews with gatekeepers (teachers and school psychologists) and longitudinal surveys with refugee adolescents, school and social activities were found to be major stabilizers and sources of support for refugee mental health [8]. An additional critical finding was that schools that were predominantly attended by migrant and low-income children were understaffed to meet the complex developmental and educational needs of a multicultural and socially disadvantaged student body, which in turn led to significant barriers to accessing mental health services, including delayed or nonexistent help-seeking on behalf of the students. On the contrary, **the more positively refugee adolescents viewed their school environment, the fewer barriers they anticipated in accessing mental health services**.

- **Employment**

A growing number of research suggests that **situational factors contributing to unemployment and underemployment are linked to adverse mental health outcomes**, including depression, high levels of stress, and anxiety [9]. **Unemployment disrupts established routines and time structures**, which can have negative effects on psychological well-being. Employment not only provides a sense of structure but also fosters shared experiences, expanding social connections beyond familial relationships. Migrants and refugees experiencing underemployment or unemployment often feel **marginalized and frustrated**, which can exacerbate mental distress.

Unlike voluntary migrants who often have more agency in their migration decisions, refugees encounter greater obstacles in securing suitable employment due to factors beyond their control (e.g., labor market restrictions during the asylum-seeking process). This includes arriving in a new country with limited proficiency in the official language. Additionally, refugees may encounter difficulties in having their qualifications recognized. While credential recognition is a common challenge for migrants, studies suggest that refugees may face even greater hurdles, often finding themselves overqualified for the jobs they manage to secure [10]. This **mismatch between qualifications and employment status** has been associated with lower self-reported mental health, as it impacts **people's sense of self-worth** in profound ways.

- **Language skills and interpretation**

The ability to speak the official language of the host country – or access proper interpretation – both emerge as critical factors influencing mental health outcomes. Being able to speak, read, and write in the local language is vital for effective communication with healthcare providers and integration into social settings. For migrants and refugees, language consistently poses **a barrier to accessing health and social care services, impeding**

access to preventative treatment and screening, and leading to fragmented care and delayed linkage to appropriate services [11]. The absence of qualified, professional interpreters also emerges as a frequent issue in health settings; interpreters often have undefined roles, which can result in the delivery of unclear information and compromise the quality of care [12]. Addressing these barriers is crucial for providing culturally responsive and people-centered services, and for empowering people to be active agents in the decisions that concern their health and well-being.

- **Legal status and the asylum-seeking process**

Within the legal system, asylum seekers are those who have submitted their application for being recognized as refugees but have not yet been granted refugee status. As a result, they do not have the same legal rights as those who are legally recognized as refugees. Apart from the pre-migration stress and the difficulties they are faced with in the host country, they also have to deal with issues related to the asylum-seeking process. For instance, they may face an **insecure residency status** and have to **wait for an indefinite amount of time** to receive the outcome of their application [13]. This indefinite waiting period can be **extremely stressful**, and its length has been associated with **increased risk of poor mental health outcomes** [14]. Asylum interviews are also perceived as stressful by asylum seekers and have a negative impact on their mental well-being [15].

- **Access to affordable health services of decent quality**

Migrants and refugees often face numerous barriers in accessing health services, ranging from **discriminatory behavior by healthcare professionals, unaffordable fees, low health literacy, and lack of culturally sensitive care** [16,17]. They may also find it difficult to gain access to healthcare professionals who are culturally and linguistically appropriate and sensitive to their needs. With health systems becoming increasingly digitized, it is also common for migrants and refugees to become ‘digitally excluded’ and thereby unable to access information and help related to their health [18].

- **Culture, spirituality, and religious background**

The experience of involuntary dislocation is a highly stressful event in a person’s life that disrupts their social network and sense of belongingness. During the post-migration stage, migrants and refugees may encounter **cultural and religious differences in the host community**, making it difficult for them to adapt to their new settings. When people struggle to adapt to the culture of the host community, their mental health and psychosocial well-being can be compromised. This may often show up as diminished mood and anxiety, as well as a difficulty to socially engage [19].

Being religious or spiritual can have a healing effect on people on the move by allowing them to retain **a sense of connection** with their social and cultural practices. **The ability to practice one’s religion is connected to positive mental health and well-being** and equips people with the skills needed to cope with the stress that often surrounds displacement [20,21]. Religion also offers migrants and refugees a like-minded community that

they can practice or connect with, which increases their access to emotional and social support, and protects against mental illness [22].

- **Social inclusion and social isolation**

Social isolation is a public health concern and has been shown to disproportionately affect migrants and refugees. Studies on the relationship between migration and loneliness generally show that **migrants and refugees of all ages report higher levels of loneliness** compared to the local population [23]. Migrants and refugees are at greater risk of experiencing social isolation in a host community due to lack of access to their previous social networks and challenges in understanding how the new social context operates. In turn, feelings of loneliness may be mediated by factors such as education, satisfaction with social relationships, and the feeling of belonging or fitting into one's environment [24]. Social inclusion for migrants and refugees can take many forms, ranging from participating in community festivities and events, to taking language classes, having access to health services and education opportunities, etc. **Having a larger local network**, which includes more of their own relatives and friends, **along with more frequent interactions with local friends, helps reduce feelings of loneliness and isolation** [25].

- **Prejudice, racism, and discrimination**

Migrants and refugees are at increased risk of experiencing prejudice, racism, and structural discrimination. This can be at any stage of the migration cycle. Many individuals and communities are forced to flee their home country on account of racism and discrimination, such as the Rohingya people. Once they manage to flee and seek asylum in another country, they may also encounter harsh and restrictive national policies, which criminalize them and view them as a 'threat' to the national security. This may take the form of denying or creating unnecessary hurdles in attaining refugee status, which may in turn affect their psychosocial well-being [26]. When they are granted refugee status, discrimination and racism in the resettlement country may prevent them from successfully integrating [27]. Although significant knowledge gaps exist regarding the impact of discrimination on mental health, a meta-analysis found consistent links between the two [28]. Additionally, another study demonstrated that **discrimination results in more limited access to social support** for migrants and refugees, which in turn makes them more physically and mentally vulnerable [29].

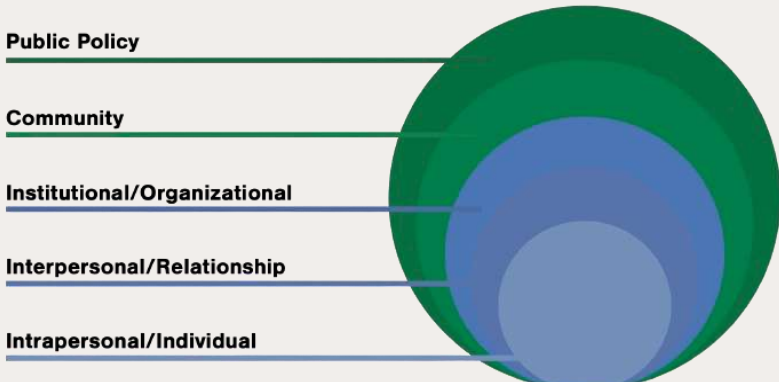
REFERENCES

- [1] Allsopp, J., Sigona, N., & Phillimore, J. (2014). *Poverty among refugees and asylum seekers in the UK: An evidence and policy review*. Birmingham: University of Birmingham, Institute for Research into Superdiversity.
- [2] van de Wiel, W., Castillo-Laborde, C., Francisco Urzúa, I., Fish, M., & Scholte, W. F. (2021). Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC public health*, 21(1), 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11301-x>
- [3] Riley, A., Varner, A., Ventevogel, P., Taimur Hasan, M. M., & Welton-Mitchell, C. (2017). Daily stressors, trauma exposure, and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcultural psychiatry*, 54(3), 304–331. <https://doi.org/10.1177/1363461517705571>
- [4] The Lancet. (2024). Housing: an overlooked social determinant of health. In *The Lancet* (Vol. 403, Issue 10438, p. 1723). Elsevier BV. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(24\)00914-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(24)00914-0)
- [5] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [6] Bakker, L., Dagevos, J., & Engbersen, G. (2013). The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. In *Journal of International Migration and Integration* (Vol. 15, Issue 3, pp. 431–448). Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1007/s12134-013-0296-2>
- [7] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [8] Podar, M.-D., Freţian, A.-M., Demir, Z., Razum, O., & Namer, Y. (2022). How schools in Germany shape and impact the lives of adolescent refugees in terms of mental health and social mobility. In *SSM - Population Health* (Vol. 19, p. 101169). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101169>
- [9] Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., Lecic-Tosevski, D., Morina, N., Popovski, M., Schützwohl, M., Wang, D., & Priebe, S. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 200(3), 216–223. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>
- [10] Chen, C., Smith, P., & Mustard, C. (2010). The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. *Ethnicity & health*, 15(6), 601–619. <https://doi.org/10.1080/13557858.2010.502591>
- [11] Pandey, M., Maina, R. G., Amoyaw, J., Li, Y., Kamrul, R., Michaels, C. R., & Maroof, R. (2021). Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC health services research*, 21(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06750-4>
- [12] Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient education and counseling*, 81(2), 187–191. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002>
- [13] Robjant, K., Hassan, R., & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 306–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053223>
- [14] Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(12), 843–851. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>
- [15] Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European journal of psychotraumatology*, 6, 26286. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26286>
- [16] Stanciole, A. E., & Huber, M. (2009). European Centre Policy Brief, May 2009 – [Access to Health Care for Migrants, Ethnic Minorities, and Asylum Seekers in Europe](#). Retrieved March 6, 2024, from the European website on Integration.
- [17] Alarcon F. J. (2022). The Migrant Crisis and Access to Health Care. *Delaware journal of public health*, 8(4), 20–25. <https://doi.org/10.32481/djph.2022.10.006>

- [18] Refugee Council UK (2021). *Healthcare for refugees: Where are the gaps and how do we help?* Retrieved March 6, 2024, from the Refugee Council website.
- [19] Andreouli, E. (2013). Identity and acculturation: The case of naturalised citizens in Britain. In *Culture & Psychology* (Vol. 19, Issue 2, pp. 165–183). SAGE Publications. <https://doi.org/10.1177/1354067X13478984>
- [20] Wu, S., Ellingson, S., Hagstrom, P., & Kucinkas, J. (2021). Religion and refugee well-being: the importance of inclusive community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 60(2), 291–308.
- [21] Maier, K., Konaszewski, K., Skalski, S. B., Büssing, A., & Surzykiewicz, J. (2022). Spiritual Needs, Religious Coping and Mental Wellbeing: A Cross-Sectional Study among Migrants and Refugees in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3415. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063415>
- [22] Emmett, J. M. (2021). *Religion, Refugees, and Mental Health in South Asia: A Systematic Review*. University of Washington.
- [23] Strang, A. B., & Quinn, N. (2019). Integration or Isolation? Refugees' Social Connections and Wellbeing. In *Journal of Refugee Studies* (Vol. 34, Issue 1, pp. 328–353). Oxford University Press (OUP). <https://doi.org/10.1093/jrs/fezo40>
- [24] Barjaková, M., Garnero, A., & d'Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. *Social science & medicine* (1982), 334, 116163. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
- [25] Koelet, S., & de Valk, H. A. (2016). Social networks and feelings of social loneliness after migration: The case of European migrants with a native partner in Belgium. *Ethnicities*, 16(4), 610–630. <https://doi.org/10.1177/1468796816638398>
- [26] Fenix – Humanitarian Legal Aid (2023). *Waiting to be Heard: Considerations on the impact of Greek asylum policies on the psychosocial wellbeing of asylum seekers on Lesbos*. Retrieved March 18, 2024, from the Relief Web website.
- [27] Ayón, C. (2015). *Economic, social, and health effects of discrimination on Latino immigrant families*. Washington, DC: Migration Policy Institute.
- [28] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [29] Pascoe EA, & Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135(4), 531–554. <https://doi.org/10.1037/a0016059>

Unit: 1.3 Risk, Protective, and Promotive/Resilience Factors

Table 1.3.1-R. “Risk and Protective Factors to Promote Resilience”

The Five Levels of the Social-Ecological Framework Understanding the influence of risk and protective factors can have significant positive impacts in promoting good mental health and resilience for individuals, families, groups, and communities.		
Definition of risk factors Risk factors are aspects, characteristics, or exposures that increase the risk of developing a difficult mental health outcome. Definition of protective factors Protective factors are aspects, characteristics, or exposures that reduce risk factors, or independently act to increase positive outcomes.		 Public Policy Community Institutional/Organizational Interpersonal/Relationship Intrapersonal/Individual
Level	Risk Factors	Protective Factors
Individual <i>The individual characteristics that influence behavior, such as knowledge, attitudes, beliefs, skills, physical characteristics, and personality traits.</i>	- Genetic or familial predisposition - Gender and age - Childhood neglect - History of discrimination - Minority status (e.g., gender identity/ sexual orientation, marginalized racial/ethnic group) - Disability or chronic health condition - Low socio-economic status - Exposure to trauma (witnessing or experiencing), including involvement in armed groups - Experience of physical or sexual abuse	- Self-esteem - Coping styles - Civic engagement - Individual agency - Religious beliefs and practices - Access to livelihoods (including household-level) - Access to supportive and inclusive learning pathways (schools, training centers, etc.) - Access to care and support services
Relationships <i>Formal and informal social networks and social support systems, including family, friends, peers, neighbors, teachers, co-workers, service providers.</i>	- Loss of parent/caregiver or family member - A history of mental health conditions within the family, including depression, suicide, and self-harm - Alcohol and substance use within household - Intimate partner violence (witnessing or experiencing) - Household-level economic stress - Abuse and neglect within the family - Experiences of racism, sexism, ableism, and gender-based violence	- Parental support and parental monitoring - Secure attachment - Positive family functioning - Positive mental health of parent/caregiver - Quality of home environment - Emotional support - Peer social support - Participation and engagement in supportive relationships

Organizations <i>Rules, regulations, policies, and informal structures of organizations and institutions (such as schools, workplaces, agencies, businesses, healthcare services, etc.) that may constrain or promote recommended behaviors.</i>	• Destruction of schools, workplaces, hospitals and/or lack of access to inclusive opportunities • Violence experienced at school, work, healthcare, and other agencies – by peers, teachers, supervisors, service providers • Lack of connectedness and a sense of belonging, including through teasing, discrimination, stigma • Lack of capacity of service providers • Lack of accessible physical environment and resources	• School retention/ level of schooling achieved • Work retention • Social support • Social cohesion programs • Counselling/peer-to-peer support • Mental and physical health promotion in school and work settings and in educational and employment planning • Meaningful participation in work, leisure, or community groups • Referral systems to connect people to appropriate services
Community <i>Social networks and norms, or standards, which exist among individuals, groups, and organizations/ institutions within defined boundaries.</i>	• Disruption of social networks • Changes in gender or religious dynamics • Cultural norms or concepts (i.e., hiding distress, using violence to resolve conflict) • Community-level violence • Stigma and discrimination • Prevailing perceptions of mental health/illness and acceptable coping strategies within communities	• Cultural norms, practices, or concepts (i.e., adherence to ideology, connection to land) • Community acceptance and cohesion • Inclusive services • Accessible spaces for living, working, and recreation • Adequate preparedness measures to mitigate risks from natural hazards
Public Policy <i>Local, state, and federal policies and laws that regulate or support healthy actions and practices.</i>	• Housing/settlement options (i.e., temporary vs. permanent) • Modes of delivery of support • Limited access to services and economic opportunities in historically excluded communities • Systemic marginalization and discrimination • Policies that serve to discriminate against members of specific communities • Absence of accountability mechanisms • Poor governance	• Peace and security • Supportive policies and legal frameworks • Trust in national system and government • Specific mental health policies for vulnerable groups, including children and adolescents • On the move support for migrants • Equitable development, with inclusive services and assistance at all levels

Note: Graphic sourced by McClay et al. (2023); Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023), UNICEF, (n.d.), McLeroy et al. (1988), and McClay et al. (2023).

[World Health Organization (2023). [Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#);

UNICEF (n.d.). [Brief on the social ecological model](#);

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351– 377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>;

McClay, A., Schaefer, C., Max, J. L., Sedivy, V., & Garrido, M. (2023). [Increasing our impact using a social-ecological approach](#). Administration on Children, Youth and Families, Family and Youth Services Bureau.]

Table 1.3.2-R. “Additional Risk and Protective Factors for Migrants and Refugees”

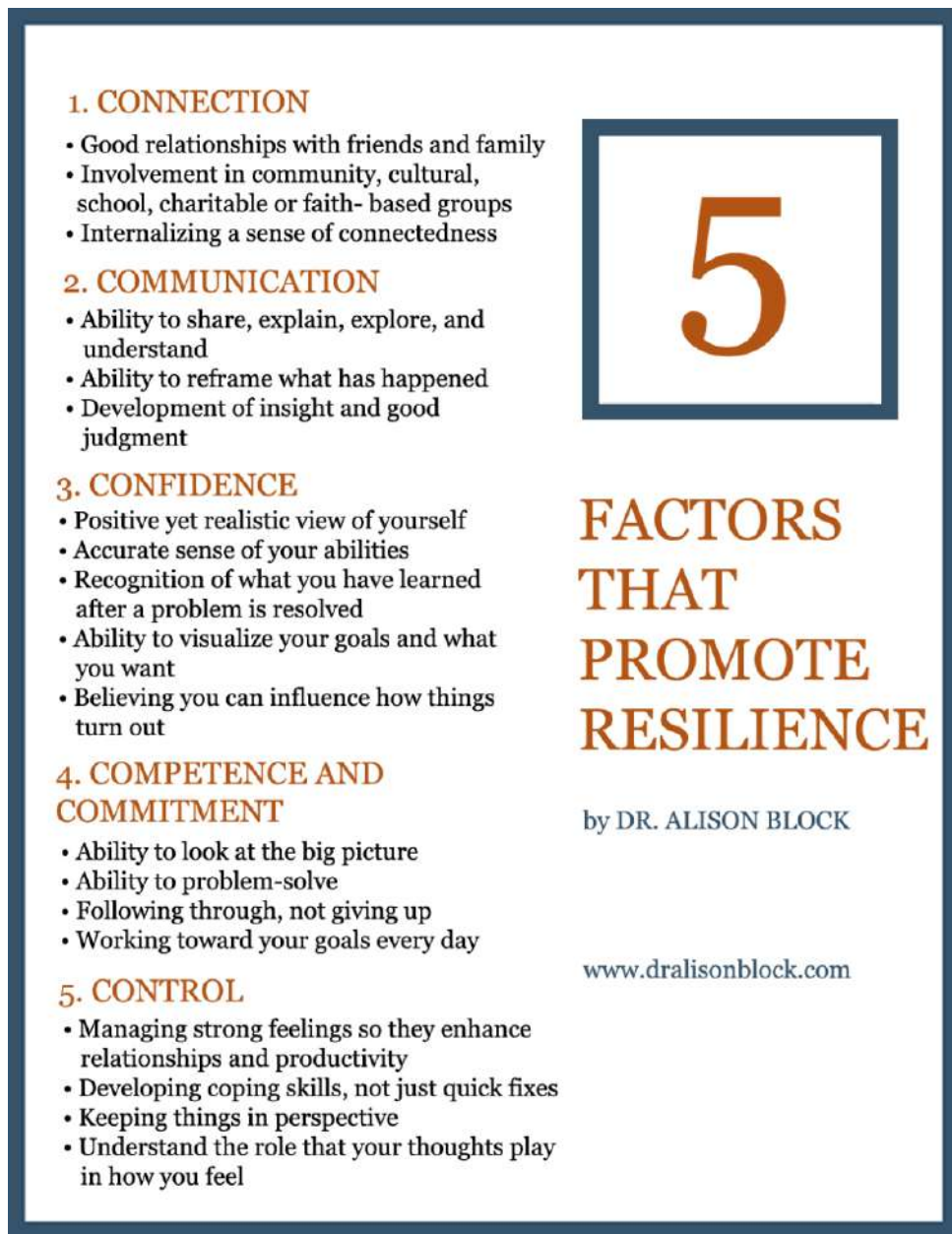
Level	Risk Factors	Protective Factors
Before travel	- Exposed to and/or witnessing potentially traumatic and violent events - Economic hardship and social deprivation - History of mental health problems before migration	- Good financial conditions - A higher level of education in the home country
During travel	- Violent events and abuse and/or exploitation during the journey - Unsafe travel routes - Separation from loved ones - Witnessing the death of others (e.g., shipwreck, border violence)	- Travelling through less dangerous or more direct routes - Having the support of family members or trusted friends during the travel
Settlement in a host country	- Food insecurity - Lack of (suitable) accommodation or dissatisfaction with accommodation - Lack of access to information - Delays in residency/asylum-seeking process	- Having better conditions of settlement - Access to health care - Prompter and/or smoother process for obtaining a residence status
Integration in a host country	- Social isolation - Unemployment - Discrimination and victimization - Challenges related to cultural identity and acculturation issues - Descending social mobility - Length of resettlement (long-term resettled refugees and migrants vs. those at first resettlement)	- Social networks, including people from different ethnic groups - Sense of belonging in the host country
Immigration status challenged or revoked	- Threats of deportation - Detention in immigration centres - Losing jobs and/or accommodation	- Sense of being safe in the home country - Presence of a family or a social network there - Maintaining a strong sense of belonging

Note: Table re-produced by the EU-MiCare team based on information provided by the WHO (2023) and IOM (n.d.)

[World Health Organization (2023). [Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#); IOM (n.d.). [The Determinants of Migrant Vulnerability](#).]

Figure 1.3.1-R. “Five Factors that Promote Resilience”

The graphic below illustrates five factors that promote resilience across individuals and communities. Note that resilience is not a trait that a person simply possesses or lacks; it is a dynamic process influenced by various interacting elements.



5

FACTORS THAT PROMOTE RESILIENCE

by DR. ALISON BLOCK

www.dralisonblock.com

- 1. CONNECTION**
 - Good relationships with friends and family
 - Involvement in community, cultural, school, charitable or faith-based groups
 - Internalizing a sense of connectedness
- 2. COMMUNICATION**
 - Ability to share, explain, explore, and understand
 - Ability to reframe what has happened
 - Development of insight and good judgment
- 3. CONFIDENCE**
 - Positive yet realistic view of yourself
 - Accurate sense of your abilities
 - Recognition of what you have learned after a problem is resolved
 - Ability to visualize your goals and what you want
 - Believing you can influence how things turn out
- 4. COMPETENCE AND COMMITMENT**
 - Ability to look at the big picture
 - Ability to problem-solve
 - Following through, not giving up
 - Working toward your goals every day
- 5. CONTROL**
 - Managing strong feelings so they enhance relationships and productivity
 - Developing coping skills, not just quick fixes
 - Keeping things in perspective
 - Understand the role that your thoughts play in how you feel

Note: Graphic sourced from the Dr. Alison Block and the Anti-Poverty Service – Learning Resources, 2021, “[5 Factors that Promote Resilience](#)”

Handout 1: “Adversity Grid in Detail”

Developed by Prof. Renos Papadopoulos, the *Adversity Grid* (see Figure 1.3.4) is a **conceptual framework** designed to help workers and survivors of adversity **distinguish the diverse range of responses to highly challenging events**. It allows for the **crucial differentiation between distress and disorder**, and **facilitates the processing of adverse events** by making it easier to understand the complex impacts of adversity. This approach counters the common simplifications, polarizations, and generalizations that often arise in the field of migrant and refugee care and prevents the development of a victim identity among people who have survived adversities.

By providing a holistic and nuanced view of the refugee experience, **it avoids dehumanization and recognizes people’s complexity, uniqueness, and totality**. The Grid also acknowledges that adversity affects not just individuals but also families, communities, and societies. While it is not a test or quantifiable assessment tool, it captures how adversity impacts these larger units, reflecting their collective experiences and perceptions.

Figure 1.3.2-R. “Adversity/Trauma’ Grid: Range of Responses to Adversity”

ADVERSITY GRID						
	Negative			Unchanged		Positive Adversity-Activated Development (AAD)
	PD Psychiatric Disorder PTSD	DPR Distressful Psychological Reactions	OHS Ordinary Human Suffering	- NU	+ PU Resilience	
Levels						
Individual						
Family						
Community						
Society/ Culture						

Note: Graphic sourced by Babel Day Centre, 2019, Manual on the
“[Psychosocial Dimensions of the Refugee Condition – Synergic Approach](#)”, ed. Renos Papadopoulos

How to utilize the Adversity Grid

The Adversity Grid is a **versatile framework** that can be used to understand the impacts of adversity on individuals, families, communities, and societies, whether for assessment or therapeutic purposes. It provides

a comprehensive view by considering positive and negative impacts as well as unchanged states across various levels of human groups.

Negative responses to adversity are categorized into three levels:

- **Psychiatric disorders (PD):** Severe and diagnosable conditions, such as PTSD, that meet criteria set by the DSM-5 or ICD-11 (see [Unit 1.5](#) for more details). These are the most severe and intense responses that often require clinical intervention.
- **Distressful psychological reactions (DPR):** Symptoms that don't meet the full criteria for a psychiatric disorder but still affect individuals' mental health. Examples include occasional intrusive thoughts or mood changes that do not escalate to clinical levels.
- **Ordinary human suffering (OHS):** Common negative effects that result from adversity but do not fit the criteria for psychiatric or psychological disorders. This category recognizes that many people experience significant distress without developing clinical conditions.

Unchanged responses to adversity refer to personal qualities, relationships, and behaviors that remain constant, or unchanged, despite the adversities faced. This category highlights that not all aspects of a person's life change in response to adversity.

Positive responses to adversity involve recognizing that adversity can lead to personal growth and new strengths. This concept, known as Adversity-Activated Development (AAD), refers to the development of new, positive traits or capabilities that arise specifically due to the experience of adversity. Unlike pre-existing strengths that individuals maintain, AAD represents new, transformative aspects of development triggered by the adversity itself. This approach emphasizes that overcoming adversity can lead to meaningful and constructive changes in a person's life.

Applications of the Grid

The Grid can be utilized by various population groups:

- Field workers can start a collaborative conversation about the Grid with the individuals they are working with, and then provide them with a copy (either in print or digital format) for self-reflection. Afterward, individuals can return for a discussion of their insights. Writing responses can be done on separate sheets or digital documents, as the Grid's spaces are too small for detailed notes. The Grid can be completed over multiple sessions or in a single meeting, depending on priorities. It can also be used informally for exploration without writing, or solely for the worker's orientation without involving service users. Typically, the Grid is used by two people together but can also be adapted for couples, families, or groups, such as in refugee camps, for collective exploration.

- Individuals/service users can use the Grid in a self-administered way to reflect on their own experiences beyond the obvious impacts, enhancing self-awareness. When used periodically over time, the Grid helps individuals observe changes in their responses and understand the actions and circumstances that led to these changes. This approach empowers individuals by allowing them to gain insights from their own experiences, rather than relying solely on external experts.
- Field workers, particularly those employed or volunteering in distressing environments where burnout or vicarious trauma are common concerns, can find the Grid useful for themselves. By applying the Grid to their own experiences, professionals and volunteers can gain a holistic view of their own responses to adversity. This self-awareness helps them understand the full range of their reactions and better manage the complexities of their work, counteracting the negative effects often associated with working in challenging settings.

The Grid is flexible and can be adapted to fit different contexts by modifying the levels and categories used. For instance, if family or community levels are not relevant, they can be replaced with alternatives, such as work teams or specific organizations. The number of levels can also be adjusted based on the focus of the assessment. Additionally, the three categories of negative effects can be tailored to fit specific situations. If the focus is not on mental health, you can replace psychiatric and psychological categories with simpler severity gradations (e.g., ‘Most Severe,’ ‘Moderately Severe,’ ‘Least Severe’) or other relevant degrees of negative impact. Similarly, the Grid can be adjusted to include different degrees of positive development in Adversity-Activated Development (AAD) based on the needs of the situation. Lastly, it can incorporate the dimension of time by adding layers that represent different chronological phases. This can be visualized as a three-dimensional cube, with each layer representing a distinct time period or phase. For example, when working with individuals who have been involuntarily displaced, you may use four different Grids to capture responses during each phase: Anticipation, Devastating Events, Survival, and Adjustment (see [Unit 1.4](#) for more details on the phases of involuntary dislocation).

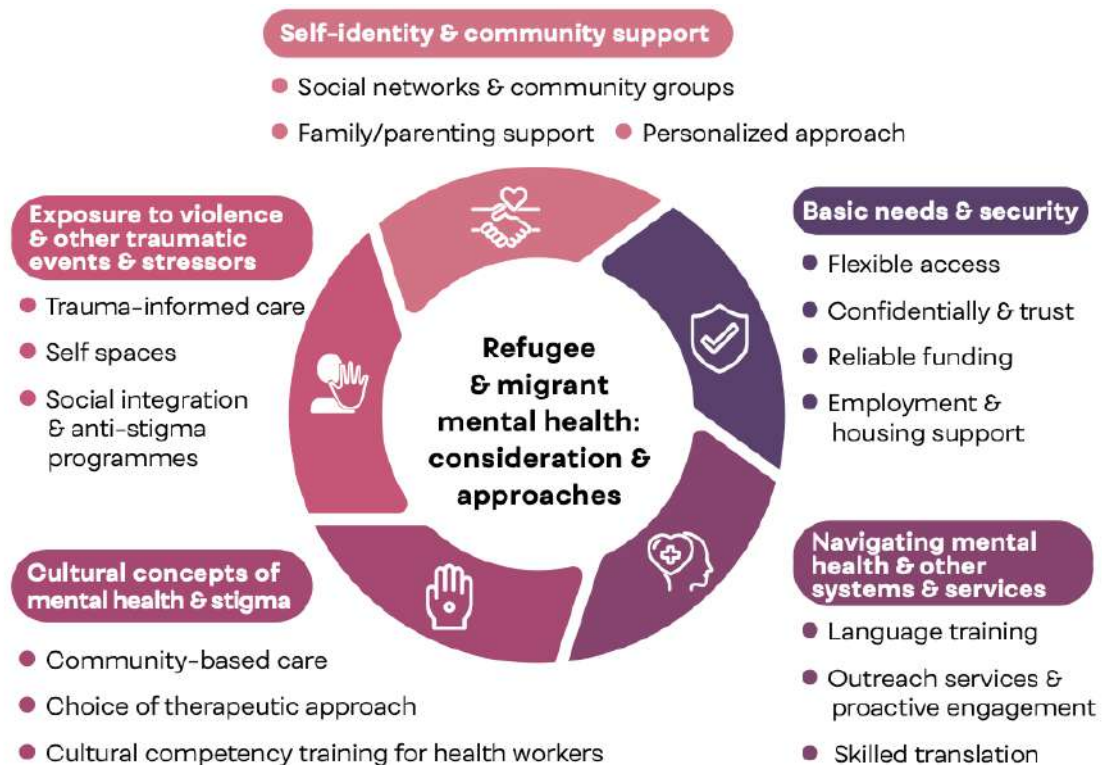
Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation: Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development*. Routledge.

Handout 2: “Challenges and Protective Influences Unique to Specific Sub-Populations”

Evidence shows that risk and protective factors, as well as barriers and facilitators to care, vary among different migrant groups. In [a recent report](#) on the mental health needs of migrants and refugees, the World Health Organization has identified five key themes that apply across different groups and stages of migration: self-identity and community support; basic needs and security; cultural concepts of mental health and stigma; exposure to trauma; and navigating health systems. These themes are interconnected and can guide effective interventions for improving mental health care for migrants and refugees (see Figure 1.3.5).

Figure 1.3.3-R. “Considerations and approaches for refugee and migrant mental health”



Note: Graphic sourced by the WHO, 2023,
“[Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care](#)”

A more comprehensive review on specific risk and protective factors faced by different sub-groups (such as women, people with experiences of torture, and LGBTQI+ individuals) is provided below.

- **Women**

Data indicates that migrant and refugee women and girls represent nearly half of international migrants worldwide. Despite this, there is limited research on the intersection of gender and migration, particularly as it

relates to experiences of sexual assault and intimate partner violence [1]. Young refugee women are particularly vulnerable to gender-based violence (including female genital mutilation/FGM) throughout their journey and often require reproductive health care after settling into a new country. A study in California revealed that one in three refugee women reported having survived traumatic events prior to migration, including physical assault, captivity, sexual assault, and weapon assault [2]. Refugee women in Western countries face a tenfold risk of developing symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) compared to non-refugee women [3].

Compounding the migration-related challenges for women are difficulties related to resettlement. Migrant and refugee women face barriers such as separation from family, language difficulties, and unfamiliarity with their new environment. They often experience increased hardship and reduced social support as they transition from collectivist cultures to more individualistic ones. Additionally, they may be reluctant to seek help outside their family due to cultural differences and past experiences. Refugee women also struggle with the loss of resources, renegotiation of new roles, and institutional racism in the host communities [3].

Conversely, a growing body of research emphasizes the importance of faith, religious practice, and community engagement in the psychosocial well-being of migrant and refugee women. In a study exploring the experiences of refugee women in regional locations in Australia [4], a factor that was identified as crucial for coping was establishing connections with communities, whether from their country of origin or the host country. For those who were resettled without male partners, particularly important was the development of social supports within the local community due to being ostracized by their community of origin. Volunteers played an important role in filling support gaps in rural areas where services were lacking. Additionally, gaining employment was highlighted as contributing significantly to women's sense of belonging, providing not only extra income but also purpose, routine, and social support.

- **People with experiences of torture**

Experiences of torture have consistently been shown to be a strong predictor of various long-lasting physical and psychological challenges. Research indicates a significant association between torture severity and mental health symptoms, including depression, anxiety, and PTSD [5]. For refugee torture survivors, particularly those suffering from a pre-existing mental health condition, language barriers in the host society pose a significant risk factor by hindering access, utilization, and effectiveness of mental health services [5]. Moreover, immigration status plays a crucial role in mental health outcomes, with studies indicating that fear of detention and deportation exacerbate symptoms of PTSD [6].

Nonetheless, it is not possible to pinpoint the exact prevalence of psychological conditions among torture survivors due to the heterogeneous samples and measures used across studies. This means that the lived realities of migrants and refugees with experiences of torture are not being adequately represented. As a case in point, researchers have reported that some individuals manifest extraordinary resilience and growth in the aftermath of torture, as seen in Ugandan former child soldiers [7] and Iraqi refugees [8]. As with migrant and refugee

women, community engagement plays a vital role in fostering resilience in people who have experienced torture. Refugee communities hold high values on collectivism and social cohesion, and evidence suggests that torture survivors who engage with community resources show higher levels of resilience. Language fluency and employment serve as additional resilience-promoting factors, with improved psychological outcomes observed among those proficient in English and employed [9].

- **LGBTQI+ individuals**

Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and intersex (LGBTQI+) migrants and refugees encounter unique and specific risks throughout the migration process. Their experiences differ from those of other migrants due to the compounded and intersecting discrimination they may face, particularly related to their diverse sexual orientations, gender identities and expressions, and sex characteristics (SOGIESC). LGBTQI+ migrants and refugees have been found to exhibit significantly high prevalence rates of mental health challenges, including depression, anxiety, PTSD, suicidality, and substance use. These rates are markedly elevated compared to non-LGBTQI+ migrants as well as LGBTQI+ individuals without a migration background [10], suggesting that the intersectionality of multiple marginalized identities amplifies the vulnerability to poor mental health outcomes.

Risk factors for LGBTQI+ migrants and refugees include experiences of discrimination and violence in their countries of origin, often perpetrated by community members and state actors. Upon migration, they often continue to face risks of discrimination and violence, even in countries that are perceived as more accepting. Structural violence during the asylum-seeking process exacerbates these challenges, as they frequently encounter restricted access to healthcare, social services, and employment rights. Additionally, the necessity to continually verify their SOGIESC identity to secure asylum can be re-traumatizing, especially for those accustomed to concealing their identities due to criminalization or victimization in their home countries [11].

Protective and promotive factors for migrants and refugees with diverse SOGIESC include social support, the ability to accept and process emotions, and maintaining hope and optimism about the future. Studies indicate that support from the LGBTQI+ community, access to legal and community services, and the ability to remain hopeful, significantly contribute to positive mental health outcomes [12]. Despite enduring symptoms of depression, anxiety, and PTSD, many LGBTQI+ migrants and refugees demonstrate remarkable adaptability, underscoring that resilience and vulnerability are not mutually exclusive and can coexist. This is often facilitated by the newfound freedom to express their identities, which highlights the complex interplay between mental health and the capacity for positive adaptation.

- **Older adults**

Older migrants and refugees (i.e., those 65 and above) are perceived to be more vulnerable than their younger counterparts. Migration and forced displacement are considered to be significant risk factors for the development of mental health conditions in older adults, particularly anxiety, depression, and PTSD [13]. Older adults are also particularly vulnerable to poor mental health outcomes due to the cumulative effect of the life-

threatening events they may have been exposed to after fleeing their countries of origin [14]. Moreover, they may arrive in host countries with other underlying physical and mental health conditions – the experience of migration and forced displacement gets compounded by age-specific conditions such as neurodegenerative disorders, chronic physical illness, etc. [13] Adding to these challenges are the difficulties in adapting to new languages and customs, and struggling with isolation from family members during the transition [15].

Social support is a crucial protective factor for the well-being of older migrants and refugees. As seen above, health issues in later life, combined with past adversities, can lead to poor outcomes. However, strong social support can mitigate these effects by improving overall well-being and reducing early mortality [16]. Emotional support, particularly from family and community, buffers against the negative impacts of past adversities, enhancing life satisfaction and meaning. Older migrants and refugees who harbor a sense of purpose (such as in their roles as contributing and productive family members) have been found to have a higher quality of life [17]. Other protective factors include access to basic services, adherence to cultural and spiritual practices, and participation in ethnic communities and religious networks. Personal factors such as language acquisition, cognitive reappraisal, and optimism also play an important role [16].

- **Persons living with disabilities**

According to Article 1 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities [18], “persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others”. Migrants and refugees living with disabilities are considered to be an ‘invisible’ population, as they are systematically neglected and excluded from the discourse [19]. The intersection of migration and disability is critical as migrants and refugees with chronic physical and mental health conditions are especially vulnerable to exposure to adversity and often lack necessary care during the asylum-seeking process [20].

In their home countries, migrants and refugees living with disabilities may face persecution or stigma on the basis of their political views, religious beliefs, or disability (being actively discriminated against on grounds of impairment). Delays in social and healthcare services can worsen disabling conditions, serving as a significant risk factor for well-being [20]. They may also face challenges with their psychosocial well-being, including stigmatization and discrimination, lack of access to specialized educational programming, communication barriers, etc. [19-21]. Additional risk factors including the lack of suitable housing and employment that accommodates their specific needs, and a difficulty in accessing treatment due to structural barriers, such as limited capacity, long waiting times, a focus on short-term rather than long-term support, and inadequate allowances which may result in an over-reliance on charities for assistance [20,21].

Protective factors for migrants and refugees with disabilities include social inclusion in host countries, suitable housing, access to tailored and accommodating educational and vocational opportunities, and adequate healthcare services [22]. Community support and social networks are also critical in helping to trace and actively screen individuals with non-communicable conditions, as is often the case with neurodevelopmental disabilities.

REFERENCES

- [1] Hennebry, J., KC, H., and Williams, K. (2021). *Gender and Migration Data: A Guide for Evidence-based, Gender-responsive Migration Governance*. Geneva: International Organization for Migration (IOM).
- [2] Sudhinaraset, M., Cabanting, N., & Ramos, M. (2019). The health profile of newly-arrived refugee women and girls and the role of region of origin: using a population-based dataset in California between 2013 and 2017. *International journal for equity in health*, 18(1), 158. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1066-3>
- [3] Hawkins, M. M., Schmitt, M. E., Adebayo, C. T., Weitzel, J., Olukotun, O., Christensen, A. M., Ruiz, A. M., Gilman, K., Quigley, K., Dressel, A., & Mkandawire-Valhmu, L. (2021). Promoting the health of refugee women: a scoping literature review incorporating the social ecological model. *International journal for equity in health*, 20(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01387-5>
- [4] Hawkes, C., Norris, K., Joyce, J., & Paton, D. (2021). Exploring Resilience, Coping and Wellbeing in Women of Refugee Background Resettled in Regional Australia. In *Frontiers in Psychology* (Vol. 12). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.704570>
- [5] Elklit, A., Palic, S., Lasgaard, M., & Kjaer, K. (2012). Social support, Coping and Posttraumatic Stress Symptoms in Young Refugees. *Torture*, 22(1), 11-23.
- [6] Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B., & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 188, 58-64. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007864>
- [7] Klasen, F., Oettingen, G., Daniels, J., Post, M., Hoyer, C., & Adam, H. (2010). Posttraumatic resilience in former Ugandan child soldiers. *Child development*, 81(4), 1096-1113. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01456.x>
- [8] Kira, I., Amer, M. M., & Wrobel, N. H. (2014). Arab Refugees: Trauma, Resilience, and Recovery. In S. C. Nassar-McMillan et al. (Eds.), *A Biopsychosocial Approach to Arab Americans: Perspectives on Culture, Development, and Health* (pp. 175-195). New York: Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4614-8238-3_9
- [9] Pannu Khin, P., Burt, K., & Fondacaro, K. (2022). Identifying resilience-promoting factors for refugee survivors of torture. *Torture*, 32(3), 31-48. <https://doi.org/10.7146/torture.v32i3.128843>
- [10] Lewis N. M. (2009). Mental health in sexual minorities: recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health & place*, 15(4), 1029-1045. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.05.003>
- [11] White, L. C., Cooper, M., & Lawrence, D. (2019). Mental illness and resilience among sexual and gender minority refugees and asylum seekers. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(678), 10-11. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700349>
- [12] Alessi, E. J. (2016). Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology*, 22(3), 203-213. <https://doi.org/10.1037/trm0000077>
- [13] Virgincar, A., Doherty, S., & Siriwardhana, C. (2016). The impact of forced migration on the mental health of the elderly: a scoping review. *International psychogeriatrics*, 28(6), 889-896. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000193>
- [14] Peters-Nehrenheim, V., Rommerskirch-Manietta, M., Purwins, D., Roes, M., & Tezcan-Güntekin, H. (2022). Care preferences of older migrants and minority ethnic groups with various care needs: a protocol for a scoping review. *BMJ open*, 12(11), e061712. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061712>
- [15] Yang, M. S., & Hedeker, D. (2020). A life-span approach to examining older vulnerable population's subjective well-being: the role of adversity and trauma. *Aging & mental health*, 24(12), 2043-2052. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1652245>
- [16] Tipples, J. A., Erwin, S., Eller, K., Dutra Gross, R. M., Bearss, B., Kemp, B., Mollard, E., Njiru, L., Okwarah, P., Palmer-Wackerly, A. L., & Lakati, A. (2023). Multisystemic Resilience and Psychosocial Wellbeing among Older Refugees: A Systematic Review with Implications for Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS). *Journal of immigrant and minority health*, 25(5), 1152-1170. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01516-y>
- [17] Krause, N. (2004). Lifetime trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The gerontologist*, 44(5), 615-623. <https://doi.org/10.1093/geront/44.5.615>

- [18] United Nations (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved March 17, 2024, from the UN website.
- [19] European Union Agency for Asylum (2024). *Persons with disabilities in asylum and reception systems – Situation Analysis*. Publications Office of the European Union. Retrieved March 17, 2024, from the EUAA website.
- [20] Harris, J. (2003). 'All Doors are Closed to Us': A social model analysis of the experiences of disabled refugees and asylum seekers in Britain. *Disability & Society*, 18(4), 395–410. <https://doi.org/10.1080/0968759032000080968>
- [21] Soldatic, K., Somers, K., Buckley, A., & Fleay, C. (2015). 'Nowhere to be found': disabled refugees and asylum seekers within the Australian resettlement landscape. *Disability and the global south*, 2(1), 501-522.
- [22] Rfat, M., Zeng, Y., Yang, Y., Adhikari, K., & Zhu, Y. (2022). A Scoping Review of Needs and Barriers to Achieving a Livable Life among Refugees with Disabilities: Implications for Future Research, Practice, and Policy. *Journal of evidence-based social work*, 20(3), 373–403. <https://doi.org/10.1080/26408066.2022.2162357>

Unit: 1.4 Psychosocial Dimensions of the Migration Process

Handout 1: “Psychological Phases of Displacement”

In line with the general model of migration by Sluzki and Machleidt discussed in Unit 1.4, the following table presents a conceptualization of the psychological phases of displacement [1,2].

It is important to recognize that these models are not definitive and do not suggest a strictly linear progression; rather, they aim to enhance our understanding of the complex and nuanced dimensions of human experience. Each migratory journey is unique.

Table 1.3.1-R. “Psychological Phases of Displacement”

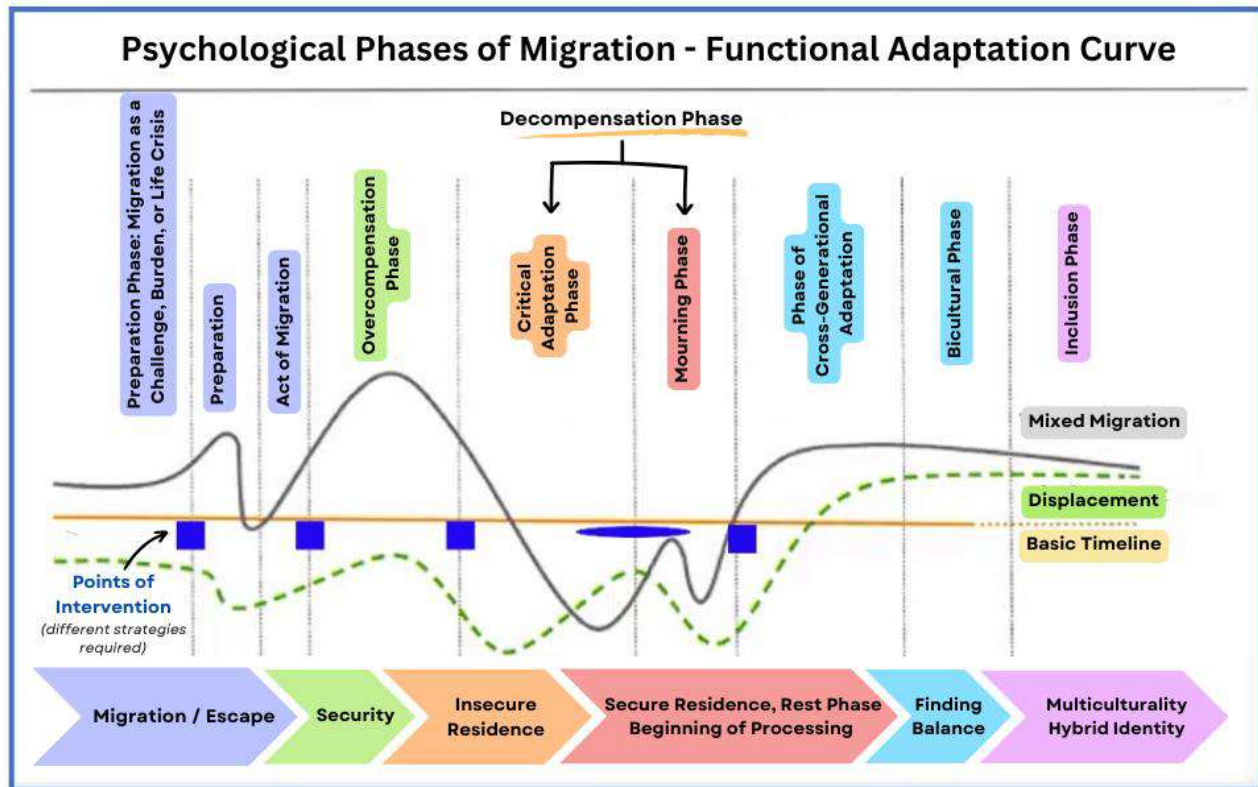
Pre-Migration <i>Period previous to displacement. It may include experiences of persecution, violence or living in a state of fear and uncertainty.</i>	Fear of persecution, trauma from past experiences, loss of security, and uncertainty about the future.
Migration or Flight <i>Actual process of displacement. This process can take months, until the displaced person or family arrive to their destination.</i>	Fleeing from danger, crossing borders, and seeking refuge in other countries. Possible experience of traumatic events during the migration journey. Loss of home and community. Uncertainty about the future.
Arrival (Feelings of Security – Insecure Residence Permit) <i>Period immediately following arrival in the host country, often characterized by relief at escaping immediate danger and uncertainty.</i>	Culture shock , language barriers, loss of social support networks, and uncertainty about legal status and rights. Asylum application processes (or the lack of options to obtain regularized residency permits and, consequently, feel secure and able to start building up stability) constitute a major stressor during this phase.
Secure Residence Permit (Rest Phase) <i>Period after ensuring security and stability (in many cases due to a secure residence permit) where the person typically enters in a “rest phase”.</i>	Distressful memories may resurface, leading to significant psychological distress. Emotional decompensation can occur when individuals, already vulnerable due to past life-threatening experiences, become less able to manage their emotional responses. If these issues remain unattended and the individual lacks access to coping resources, decompensation can worsen, potentially resulting in more severe mental health issues, such as depression or anxiety disorders.
Long-Term Adaptation Phase (Balance – Multiculturality & Hybrid Identity) <i>Finding balance and rediscovering the identity of oneself. Ongoing process of adaptation to the new context and new life situation, which may take years.</i>	The regular acculturation process and the development of multicultural identities might start to take place. Acculturative stress, experiences of discrimination, barriers and opportunities to accessing education, employment, and healthcare can make a difference on how the functional adaptation to the new environment and psychological well-being might develop.

Note: Table adapted by the EU-MiCare team based on information by Kizilhan (2012; n.d.)

[Kizilhan, J.I. (2012). Kultursensible Psychotherapie. (p. 19-20). Berlin: VWB; and, Kizilhan, J.I. (n.d.). Psychologische Phasen der Migration [Video]. [MiMi Gewaltprävention](#). Accessed September 18, 2024.]

The processes surrounding mixed migration and displacement are visually integrated in the graphic below, highlighting both differences and commonalities for easier understanding and comparison.

Figure 1.4.1-R “Migratory Processes in Mixed Migration and Displacement”



Note: Adapted from Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (p. 20). Berlin: VWB; Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (p. 110). Berlin: Psychiatrie Verlag.

Handout 2: “Migratory Mourning”

Achotegui’s theory offers field workers a framework to better understand the emotional complexities migrants and refugees may face when leaving their home countries. It acknowledges the profound sense of loss many experience, which includes not only tangible losses like homes and communities but also symbolic ones such as identity, social status, and cultural belonging. Field workers can assess these areas by considering:

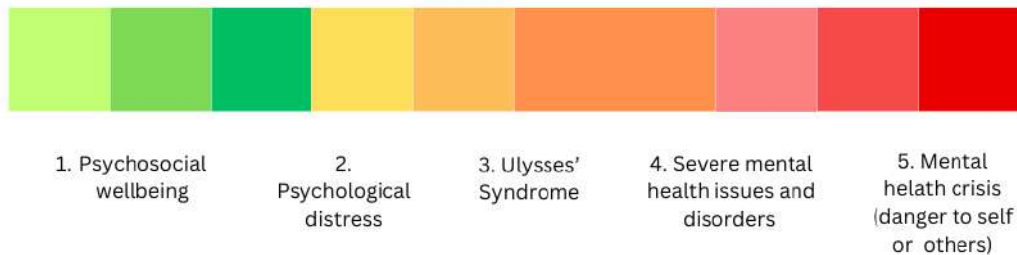
- **Vulnerability:** Assess the individual’s history for prior difficulties that may affect their ability to adapt in specific areas (e.g., someone with pre-existing social anxiety may struggle to form new relationships). Vulnerable indicators might include:
 - *Physical Vulnerability*
 - *Psychological Vulnerability*
 - *Personal History*
 - *Age*
- **Stressor:** Identify the number and severity of post-migration obstacles in each area and determine if the person or family has sufficient resources to overcome them (e.g., a person accustomed to rural life might find urban living stressful due to limited access to nature). These might include:
 - *Personal Stressors*
 - *Environmental and Social Stressors*

Each area can be evaluated to understand the degree of stress and vulnerability a migrant experiences, depending on the resources they bring and the challenges or opportunities in the host community. Each vulnerability factor or stressor, which also determines the type of migratory mourning, can be assessed as “simple” (i.e., the mourning can be processed adequately), “complex” (i.e., with difficulties that can be overcome through the coping skills of the person or family), or “intense” (i.e., when difficulties are severe and may lead to a deeper crisis). Additionally, the level of support or discrimination in the host environment can significantly impact migrants’ mental well-being.

Understanding these factors helps field workers identify areas where migrants are most vulnerable. It also highlights potential sources of resilience within the new environment. By recognizing their specific challenges and strengths, migrants can better navigate their journey, and professionals and volunteers can provide realistic, effective support tailored to their unique experiences.

The following section of this handout contains [a reproduction of the “Ulysses Scale”](#), originally developed in Spanish by Dr. Joseba Achotegui from the University of Barcelona, in collaboration with the Health Initiative of the Americas (HIA) at the School of Public Health, University of California, Berkeley. The scale was created to assist in assessing migratory grief and Ulysses Syndrome. The original material is available from [the Centre de Documentació en Atenció a les Persones](#) (Documentation Center for People Services), part of the Diputació de Barcelona (Barcelona Provincial Council) in Catalonia, Spain.

The concept of Ulysses Syndrome falls within mental health, positioned on the boundary between common mental health challenges and diagnosable disorders.



	Vulnerability		Stressors	
Grief for the family	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the language	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the culture	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the land	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for the group of belonging	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks	Simple		Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	

Recount	Simple	Complex
Vulnerability		
Stressor		
Mourning		

Other Observations	
Protective Factors	
Cultural Factors	
Risk Factors	
Subjective Factors	
Other Factors	
General Comments	

→ **VIDEO:** [The Ulysses Syndrome: Mental Health in a Minute](#)

Recommendations on how to apply the Ulysses scale based on a case study (Juan):

- **Background:** Juan is a 28-year-old man who arrived in Oakland, California, two years ago from Mexico. He was a healthy, strong, positive individual, actively involved in his community. He comes from a family that had good relationships.
- **Symptoms:** They include sadness, crying, anxiety, recurring thoughts about his problems, severe headaches, insomnia. He does not experience apathy or thoughts of death.
- **Personal Situation:** He left behind two children, ages 6 and 4, in Mexico and regrets that he does not know when he will see them again. He works in construction, installing roofs on houses; a risky and dangerous job, and he has fallen twice. He has had to move several times because his limited income, along with what he sends to his family, often does not cover rent. Additionally, he has a large debt from the journey to the U.S. He sees no way out of his situation.
- **Legal Status and Safety Concerns:** He is undocumented and fears deportation every day. If he returns without the money he owes, he fears for his life.
- **Language Barrier:** He does not speak English.

Vulnerability	Stressors

Grief for the family Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Forced separation from young children	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the language Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Does not speak English	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the culture Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Cannot connect with native culture	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the land Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Oakland's climate is mild	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Complex		Complex	
Grief for the social status Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Hard work, undocumented status, severe housing issues	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X
Grief for the group of belonging Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Has not experienced racism directly but believes there are certain prejudices toward immigrants	Simple	X	Simple	X
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	
Grief for physical risks Vulnerability: No physical or mental limitations prior to migration Stressors: Fear of detention, works in dangerous conditions, threat of death if he returns	Simple	X	Simple	
	Complex		Complex	
	Extreme		Extreme	X

Content developed by the EU-MiCare team based on information in:

Achotegui, J. (2024). Migratory grief, as partial, recurrent, and multiple grief. *International Journal of Family & Community Medicine*, 8(2), 44–47. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2024.08.00348>

Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6, 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

Achotegui, J., Solanas, A., Fajardo, Y., Espinosa, M., Bonilla, I., & Espeso, D. (2017). Concordancia entre evaluadores en la detección de factores de riesgo en la salud mental de la inmigración: Escala Ulises. *Norte de Salud Mental*, 15(57), 13–23.

Handout 3: “Berry’s Acculturation Theory”

1. Acculturation, acculturative strategies, and acculturative stress

Prof. John W. Berry defines acculturation as “the dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person’s behavioural repertoire” [3].

Berry's model of acculturation provides a comprehensive framework for explaining how individuals and groups adapt to a new cultural environment using different strategies. It considers both the migrants' experiences (individual perspective) and the reactions and policies of the host society (societal perspective).

Individual Perspective

From the individual's point of view, there are four acculturation strategies based on two key dimensions: the degree to which individuals maintain their original culture and the degree to which they integrate new values and seek interaction with the host society.

- **Assimilation:** Individuals adopt mostly the host culture and separate from their original culture. They seek to become indistinguishable from the host society regarding behaviours, traditions and values. This strategy can lead to higher social acceptance but may involve significant personal and cultural loss.
- **Separation:** Individuals maintain their original culture and avoid interaction with the host society. They live within their cultural enclaves and limit their exposure to the broader host culture. While this strategy preserves their cultural identity, it can lead to social isolation and limited opportunities.
- **Integration:** Individuals maintain their original culture while also engaging with the host culture. They become bicultural, navigating and blending elements from both cultures. This strategy often leads to positive outcomes, such as increased social support and better mental health, as it allows individuals to retain their cultural identity while gaining the benefits of the new culture.
- **Marginalization:** Individuals neither maintain their original culture nor adopt the host culture. They feel disconnected from both their heritage and the new society, which can lead to significant psychological stress and social alienation.

Host Society Perspective

From the host society's point of view, Berry’s model examines how the broader societal context influences the acculturation process. This includes the attitudes, policies, and practices that shape the experiences of migrants.

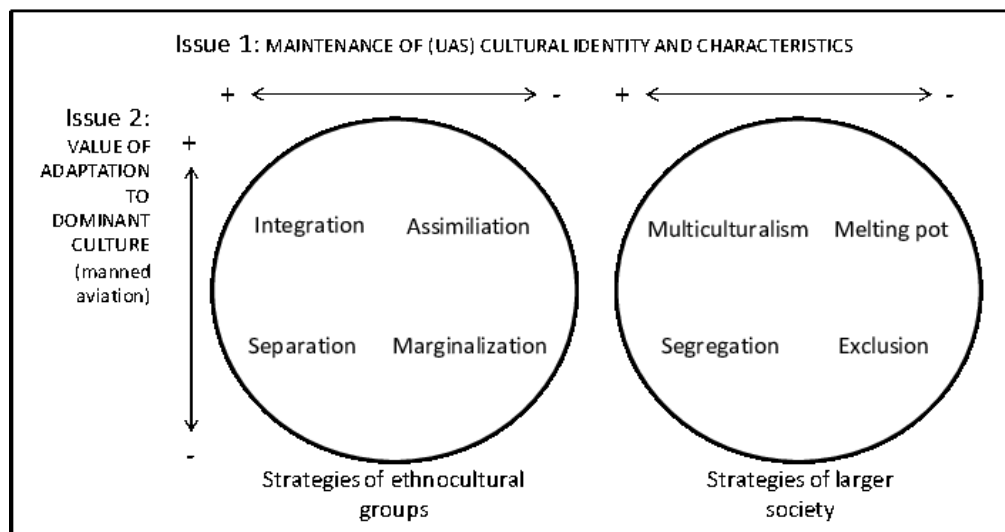
- **Multiculturalism:** The host society encourages the maintenance of original cultural identities and supports cultural diversity. This approach promotes integration by providing resources and opportunities for migrants to engage with both their culture of origin and the new culture. It leads to

positive outcomes for both the host society and the migrants, fostering social cohesion and mutual respect.

- **Melting Pot:** The host society expects immigrants to assimilate and adopt the dominant culture, often at the expense of their original cultural identities. This approach can pressure migrants to abandon their heritage, leading to potential loss of cultural diversity and identity conflict for individuals.
- **Segregation:** The host society supports the maintenance of original cultures but restricts interaction with the dominant culture. This can lead to the development of cultural enclaves and limited social integration. While it preserves cultural identities, it may hinder social cohesion and create parallel societies.
- **Exclusion:** The host society neither supports the maintenance of original cultures nor encourages interaction with the dominant culture. This approach marginalises migrants, leading to significant social and economic disadvantages. It fosters discrimination and social exclusion, negatively impacting the well-being of migrants and the overall harmony of society.

Berry's model emphasises that the interaction between individual strategies and societal attitudes significantly influences the acculturation process. For example, an individual's integration strategy is more likely to be successful in a multicultural society that values diversity. Conversely, an individual seeking to integrate in a society with exclusionary attitudes may face significant challenges and stress.

Figure 1.4.2-R. “Model of acculturation strategies”



Note: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

REFERENCES

- [1] Kizilhan, J.I. (2012). *Kultursensible Psychotherapie*. (pp. 19-20). Berlin: VWB.
- [2] Kizilhan, J.I. (n.d.). *Psychologische Phasen der Migration* [Video]. [MiMi Gewaltprevention](#). Accessed September 18, 2024.
- [3] Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Μάθημα 2.

Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανίχνευσης και Εκτίμησης Αναγκών Ψυχικής Υγείας Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία

Ιατροί, Ψυχολόγοι, Ψυχοθεραπευτές/-τριες, Νοσηλεύτές/-τριες

Την ευθύνη σύνταξης του περιεχομένου του μαθήματος είχαν το **Εθνο-Ιατρικό Κέντρο/EMZ** (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Γερμανία), το **Ερευνητικό Ινστιτούτο για την Πολιτική Κοινωνικής Πρόνοιας (POLIBIENESTAR, Πανεπιστήμιο της Βαλένθια – Ισπανία)** και το **Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου/ΤΕΠΑΚ (Κύπρος)**. Το **Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»** ανέλαβε την επιστημονική εποπτεία του συνόλου του περιεχομένου του μαθήματος, ενώ το **ΤΕΠΑΚ** παρείχε υποστήριξη στις τεχνικές διορθώσεις.

Τελευταία ενημέρωση: Δεκέμβριος 2024

Μάθημα:	2. Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανίχνευσης και Εκτίμησης Αναγκών Ψυχικής Υγείας Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία
Έκδοση:	Ιατροί, Ψυχολόγοι, Ψυχοθεραπευτές/-τριες, Νοσηλεύτές/-τριες
Υπεύθυνοι Εταίροι:	ΕΜΖ, Polibienestar, ΤΕΠΑΚ, Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»/Συν-ειρμός

Επισκόπηση μαθήματος

Το μάθημα αυτό απευθύνεται σε επαγγελματίες και εθελοντές/-τριες που δραστηριοποιούνται σε κλινικά πλαίσια και πραγματεύεται το θέμα της ανίχνευσης και εκτίμησης ψυχικών αναγκών ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία. Η Ενότητα 2.1 έχει στόχο να υποστηρίξει το επαγγελματικό προσωπικό κατά την εργασία του σε διαπολιτισμικά περιβάλλοντα, ώστε να κατανοεί και να διαχειρίζεται με επάρκεια την επίδραση της κουλτούρας στην εκτίμηση ψυχοκοινωνικών αναγκών. Στην Ενότητα 2.2 εξετάζονται τα πεδία της μετανάστευσης και της ψυχικής υγείας μέσα από μια διαθεματική σκοπιά, με γνώμονα την πεποίθηση ότι η έννοια της διαθεματικότητας μπορεί να αποδώσει πιο ολοκληρωμένα την πολυπλοκότητα των εμπειριών μεταναστών και προσφύγων. Δίνεται επίσης η δυνατότητα στα εκπαιδευόμενα άτομα να διευρύνουν τον τρόπο σκέψης τους, να εντοπίσουν καίρια σημεία στην πρακτική τους και να αναστοχαστούν κριτικά σχετικά με τις θέσεις και τους ρόλους που φέρουν κατά τις συναντήσεις τους με τους ανθρώπους που υποστηρίζουν. Η Ενότητα 2.3 προτείνει συγκεκριμένες διαδικασίες εκτίμησης ψυχικών αναγκών ατόμων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία. Καταδεικνύει τους περιορισμούς των εθνοκεντρικών διαγνωστικών εργαλείων και εισάγει στρατηγικές για τη διαπολιτισμική εκτίμηση της ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων της ανίχνευσης (screening) και των δικτύων παραπομπής. Η ενότητα εξετάζει, επιπλέον, την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας, εντάσσοντας ορισμένες καίριες πολιτισμικές παραμέτρους και πιθανές μορφές ευαλωτότητας που συχνά συναντώνται σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς. Τέλος, η Ενότητα 2.4 αποσκοπεί στη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των συμμετεχόντων ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν κρίσεις και να εφαρμόζουν τις Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας (Α' ΒΨΥ / Psychological First Aid - PFA) στο πλαίσιο της εργασίας τους. Με την κατανόηση του ορισμού των Α' ΒΨΥ μαζί με το βασικό πλαίσιο και τις πρακτικές της, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι σε θέση να δημιουργούν ένα ασφαλές περιβάλλον και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ψυχικές ανάγκες μεταναστευτικών πληθυσμών, ακόμη και σε απαιτητικές, απρόβλεπτες ή επείγουσες συνθήκες.

Προσδοκώμενα μαθησιακά αποτελέσματα:

Με την ολοκλήρωση αυτού του μαθήματος, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι σε θέση να:

- Εξετάζουν την επίδραση πολιτισμικών παραγόντων σε διάφορες πτυχές της ψυχικής υγείας
- Αναγνωρίζουν τις τέσσερις βασικές πολιτισμικές παγίδες που εμφανίζονται σε διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις
- Εξοικειώνονται με πλαίσια αξιολόγησης και κατανόησης ψυχικών προκλήσεων σε πολιτισμικά και γλωσσικά διαφορετικούς πληθυσμούς
- Εφαρμόζουν αυτοκριτική, εντοπίζοντας προσωπικές προκαταλήψεις, παραδοχές και στερεότυπα πολιτισμικής φύσης
- Αναστοχάζονται πάνω στον ρόλο της δύναμης/ισχύος, των προνομιών και των ταυτοτήτων και τη διαθεματική τους αλληλεπίδραση με την ψυχική υγεία
- Κατανοούν τους βασικούς παράγοντες που επιτρέπουν την επιλογή πολιτισμικά κατάλληλων εργαλείων για την ανίχνευση ψυχικών προκλήσεων
- Αναλύουν αποτελεσματικές προσεγγίσεις για την εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας
- Αποσαφηνίζουν τα πλαίσια παρέμβασης για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας
- Επιδεικνύουν αποτελεσματικούς τρόπους συζήτησης της αυτοκτονίας με άτομα που εκδηλώνουν αντιδράσεις έντονου στρες ή δυσφορίας
- Περιγράφουν βασικές έννοιες και ορισμούς των Πρώτων Βοηθειών Ψυχικής Υγείας (Α' ΒΨΥ) και της παρέμβασης σε κρίση
- Εξηγούν τι περιλαμβάνουν και τι δεν περιλαμβάνουν οι Α' ΒΨΥ
- Απαριθμούν και περιγράφουν τις τρεις βασικές αρχές δράσης των Α' ΒΨΥ

Ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτό το μάθημα:

Μάθημα 2. Βελτίωση Δεξιοτήτων Ανίχνευσης και Εκτίμησης Αναγκών Ψυχικής Υγείας Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία

Ενότητα 2.1: Κατανόηση της επίδρασης της κουλτούρας στην ψυχική υγεία

Ενότητα 2.2: Διαθεματικές προσεγγίσεις στα πεδία της μετανάστευσης και της ψυχικής υγείας

Ενότητα 2.3: Διαδικασίες ανίχνευσης και εκτίμησης ψυχικών προκλήσεων σε μετανάστες και πρόσφυγες

Ενότητα 2.4: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας (Α' ΒΨΥ)

Ενότητα 2.1: Κατανόηση της επίδρασης της κουλτούρας στην ψυχική υγεία

Επισκόπηση ενότητας

Η πρώτη διδακτική ενότητα στοχεύει στην υποστήριξη επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που δραστηριοποιείται σε διαπολιτισμικά περιβάλλοντα. Στόχος της είναι να ενισχύσει την κατανόηση και τις δεξιότητές τους σχετικά με την επίδραση της κουλτούρας στην εκτίμηση των ψυχικών αναγκών των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζονται. Η ενότητα αναδεικνύει τους πολιτισμικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την ψυχική υγεία τόσο οι επαγγελματίες όσο και οι λήπτες υπηρεσιών, καθώς και το ενδεχόμενο στίγμα που σχετίζεται με την αναζήτηση βοήθειας. Παράλληλα, προτείνει ερωτήματα για προβληματισμό και πρακτικά εργαλεία αυτοαναστοχασμού, με στόχο την υποστήριξη των επαγγελματιών στη γεφύρωση πολιτισμικών διαφορών και την αποτελεσματική ανταπόκριση στις προκλήσεις που προκύπτουν κατά τις επαφές τους με άτομα με μεταναστευτική ή προσφυγική εμπειρία.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Η σχέση μεταξύ κουλτούρας και ψυχικής υγείας](#)
3. [Οι τέσσερις πολιτισμικές παγίδες στις αλληλεπιδράσεις με μετανάστες και πρόσφυγες](#)
4. [Ενσωμάτωση διαφορετικών προσεγγίσεων στην εκτίμηση ψυχικών αναγκών](#)

1. Εισαγωγή

Όπως είδαμε στο Μάθημα 1, Ενότητα 1.1, η κουλτούρα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο μιλάμε για την ψυχική υγεία και, με τη σειρά του, ο τρόπος με τον οποίο μιλάμε για την ψυχική υγεία επηρεάζει την κουλτούρα. Όταν συναντάμε μια λέξη, είτε προφορικά είτε γραπτά, της αποδίδουμε ένα νόημα που επηρεάζεται από τις πολιτισμικές και κοινωνικές μας αναφορές. Οι εμπειρίες της ζωής μας διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύουμε και κατανοούμε τη λέξη αυτή. Για παράδειγμα, οι

όροι «ψυχική υγεία» και «ψυχική ασθένεια» μπορεί να έχουν διαφορετικές ερμηνείες και εξηγήσεις σε διαφορετικές φυλετικές, εθνοτικές ή πολιτισμικές ομάδες [1].

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, όπου συχνά συναντώνται άνθρωποι από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά υπόβαθρα, η **κουλτούρα επηρεάζει σχεδόν κάθε πτυχή της αλληλεπίδρασης**. Καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα **εκφράζουν τα συμπτώματά τους, ποια από αυτά επιλέγουν να μοιραστούν, καθώς και το αν και πότε θα αναζητήσουν βοήθεια**. Η κουλτούρα επηρεάζει, επιπλέον, το είδος της βοήθειας που θεωρούν κατάλληλη, τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών, τις μορφές κοινωνικής υποστήριξης στις οποίες στρέφονται, αλλά και το **στίγμα που μπορεί να συνδέεται με θέματα ψυχικής υγείας**. Παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στο πώς οι άνθρωποι νοσηματοδοτούν την εμπειρία τους. Για παράδειγμα, ορισμένοι μπορεί να βλέπουν τα προβλήματα ψυχικής υγείας ως σωματικές παθήσεις, ενώ άλλοι ως σημάδια ατυχίας ή ακόμη και αμαρτίας. Όταν ένα σύστημα υγείας δεν λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές αυτές οπτικές γωνίες, υπάρχει κίνδυνος τα άτομα να μη λάβουν την υποστήριξη που χρειάζονται [1-4].

Για την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον όπου υπάρχει κοινή κατανόηση – όχι μόνο από άποψη γλώσσας, αλλά και από άποψη ευθυγράμμισης των προσδοκιών, των προοπτικών και των ερμηνειών μεταξύ του/της παρόχου υπηρεσιών και του/της λήπτη/-τριας των υπηρεσιών αυτών [4]. Η ανάπτυξη κοινής κατανόησης ή «κοινής γλώσσας» δεν αφορά μόνο τη μετάφραση λέξεων, αλλά τη δημιουργία μιας βάσης αμοιβαίας αναγνώρισης, εμπιστοσύνης και επικοινωνίας ανάμεσα σε ανθρώπους με διαφορετικά πολιτισμικά σημεία αναφοράς. Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία – όχι μια δεξιότητα που διδάσκεται μια φορά και εφαρμόζεται με τον ίδιο τρόπο παντού. Αντίθετα, απαιτεί **συνεχή αλληλεπίδραση, ενεργή ακρόαση και προσαρμογή μέσα από την καθημερινή επαφή και συνεργασία με τους ανθρώπους που εξυπηρετούμε**.

© **Καίριο Σημείο:** Διαπολιτισμικά (Intercultural), Πολυπολιτισμικά (Multicultural), Δια-πολιτισμικά (Cross-Cultural) ή Αλληλεπιδραστικά Διαπολιτισμικά (Transcultural) Πλαίσια;

Ένα σημείωμα για την χρήση της Γλώσσας.

Στις συζητήσεις σχετικά με τις πολιτισμικές διαφορές και τα ποικίλα πλαίσια, οι όροι πολυπολιτισμικό (multicultural), διαπολιτισμικό (intercultural), δια-πολιτισμικό (cross-cultural) και αλληλεπιδραστικό διαπολιτισμικό (transcultural) έχουν διαφορετικές σημασίες¹ [5,12]:

- ♦ Η Πολυπολιτισμικότητα (Multiculturality) περιγράφει την **παράλληλη ύπαρξη διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων μέσα σε μια κοινωνία** ένα μωσαϊκό ξεχωριστών, σχετικά σταθερών πολιτισμικών ταυτοτήτων. Τα πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα συχνά στερούνται βαθιάς αλληλεπίδρασης μεταξύ των διαφορετικών πολιτισμών, καθώς επικεντρώνονται στην ανοχή και την εκπροσώπηση παρά στην ενεργό ανταλλαγή ή την ενσωμάτωση. Η πολυπολιτισμικότητα τείνει να διατηρεί τα πολιτισμικά όρια, επιτρέποντας στις ομάδες να συνυπάρχουν χωρίς απαραίτητα να επηρεάζουν η μία τις πρακτικές ή τις προοπτικές της άλλης.
- ♦ Η Διαπολιτισμικότητα (Interculturality) επικεντρώνεται στις **αλληλεπιδράσεις και τις σχέσεις μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων**. Προωθεί τον διάλογο και την αμοιβαία κατανόηση, αναγνωρίζοντας παράλληλα τις πολιτισμικές διαφορές, συχνά σε περιβάλλοντα με ιστορικές ή διαρθρωτικές εντάσεις μεταξύ κυρίαρχων και μειονοτικών ομάδων. Τα διαπολιτισμικά πλαίσια είναι ιδιαίτερα σημαντικά σε εκπαιδευτικά και κοινοτικά πλαίσια όπου η γεφύρωση της κατανόησης μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων αποτελεί προτεραιότητα.
- ♦ Η Δια-πολιτισμικότητα (Cross-culturalism) επικεντρώνεται στη **σύγκριση και ανάλυση συμπεριφορών, αξιών, συστημάτων πεποιθήσεων, ηθών, συνηθειών και κοινωνικών κανόνων σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες** – πρωταρχικός στόχος της είναι η κατανόηση των πολιτισμικών αποχρώσεων που επηρεάζουν την ανθρώπινη αλληλεπίδραση. Αποτελεί κυρίως μια συστηματική ερευνητική προσέγγιση, η οποία επικεντρώνεται στην ανάδειξη ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ πολιτισμών. Αν και δεν προϋποθέτει ενσωμάτωση ή συγχώνευση πολιτισμικών στοιχείων, παρέχει σε ερευνητές/-τριες και επαγγελματίες τα απαραίτητα εργαλεία

¹ Η απόδοση των όρων *multicultural*, *intercultural*, *cross-cultural* και *transcultural* στα ελληνικά παραμένει σύνθετη, καθώς η σχετική ορολογία είναι συχνά ασαφής ή αλληλοεπικαλυπτόμενη στη βιβλιογραφία. Εν προκειμένω, γίνεται μια απόπειρα ανάδειξης των λεπτών διαφορών μεταξύ τους, αναγνωρίζοντας παράλληλα ότι η γλώσσα είναι ένα πολύμορφο και δυναμικό μέσο κατασκευής νοημάτων, και αφήνοντας αυτές τις αποδόσεις ανοιχτές προς συζήτηση.

για την ανάπτυξη πλαισίων που διευκολύνουν την επικοινωνία και προλαμβάνουν παρερμηνείες σε ποικίλα πολιτισμικά περιβάλλοντα.

- ♦ Η Αλληλεπιδραστική Διαπολιτισμικότητα (Transculturality) βασίζεται σε θεωρητικές προσεγγίσεις που αντιλαμβάνονται τους πολιτισμούς ως σχεσιακά, δυναμικά, ρευστά και διαρκώς εξελισσόμενα φαινόμενα. Σύμφωνα με αυτή την οπτική, **οι πολιτισμοί δεν είναι στατικοί ούτε απομονωμένοι, αλλά συγκροτούνται μέσα από συνεχή αλληλεπίδραση και αμοιβαία επιρροή.** Η προσέγγιση αυτή αναδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική σε μεταναστευτικά και προσφυγικά πλαίσια, καθώς δίνει έμφαση στις κοινές, αλληλένδετες εμπειρίες που υπερβαίνουν τα πολιτισμικά σύνορα. Αμφισβητώντας την αντίληψη των πολιτισμών ως απομονωμένες, διακριτές «νησίδες», η αλληλεπιδραστική διαπολιτισμικότητα προωθεί μια στάση κοινωνικής συνοχής. **Αποτελεί δε ένα πολύτιμο εννοιολογικό εργαλείο για την κατανόηση της πολυπλοκότητας της ταυτότητας και του ανήκειν σε έναν κόσμο που μεταβάλλεται διαρκώς υπό την επίδραση της παγκοσμιοποίησης.**

Σε αυτήν τη σειρά μαθημάτων, υιοθετείται μια αλληλεπιδραστική διαπολιτισμική οπτική, η οποία υπερβαίνει τη μονοδιάστατη, γραμμική κατανόηση της μετανάστευσης. Για να προσεγγίσουμε ουσιαστικά την πολυπλοκότητα των βιωμένων εμπειριών των μεταναστών και των προσφύγων, αναγνωρίζουμε ότι τα άτομα βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με ποικίλα πολιτισμικά στοιχεία (και προσαρμόζονται δυναμικά σε αυτά), αποκτώντας πρόσβαση σε ευρύτερα δίκτυα γνώσης και εμπειρίας. Ως επαγγελματίες και πάροχοι υπηρεσιών, καλούμαστε και εμείς να κινηθούμε – να μετατοπίσουμε τις οικείες μας οπτικές και να εξελιχθούμε, ώστε να συναντήσουμε πραγματικά τους ανθρώπους στην πορεία τους προς τη δημιουργία ενός νέου οικείου χώρου. Αυτός ο αμοιβαίος μετασχηματισμός μάς επιτρέπει να γεφυρώσουμε πολιτισμικά χάσματα, προάγοντας ένα κοινό ταξίδι ανθεκτικότητας, προσαρμογής και βαθύτερης κατανόησης.

2. Η σχέση μεταξύ κουλτούρας και ψυχικής υγείας

Η φαινομενολογία της ψυχικής υγείας αναφέρεται **στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα βιώνουν και κατανοούν την ψυχική τους ευεξία.** Δίνει έμφαση στα υποκειμενικά νοήματα και τις ερμηνείες που οι

άνθρωποι αποδίδουν στις ψυχολογικές τους εμπειρίες μέσα σε ένα ευρύτερο πολιτισμικό πλαίσιο πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών [1]. Ωστόσο, η κουλτούρα διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό όχι μόνο τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων, αλλά και **τη δυναμική των σχέσεών τους με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης** [6,7]. Όπως συζητήθηκε στο Μάθημα 1, Ενότητα 1.5, όταν οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες παραβλέπονται κατά τη διαδικασία διαγνωστικής αξιολόγησης, μπορεί να προκύψει λανθασμένη διάγνωση και διαίωνιση κλινικών στερεοτύπων με βάση τη φυλή, την εθνικότητα και το φύλο – μεταξύ άλλων παραγόντων. Επιπλέον, ένας αυξανόμενος όγκος στοιχείων υπογραμμίζει ότι τα υπάρχοντα **συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ενδέχεται να μην είναι επαρκώς προετοιμασμένα για να καλύψουν τις ανάγκες των μειονοτικών και μεταναστευτικών πληθυσμών σε αλληλεπιδραστικά διαπολιτισμικά πλαίσια** [3]. Στη συνέχεια, αναφερόμαστε σε μια σειρά πολιτισμικών παραγόντων που ενδέχεται να επηρεάζουν διάφορες πτυχές της ψυχικής υγείας.

Ταυτότητα εαυτού

Η κουλτούρα διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό όχι μόνο τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα ορίζουν και προσεγγίζουν τα προβλήματα, αλλά και τις υποθέσεις τους σχετικά με τον εαυτό και τις σχέσεις τους. Αυτή η ποικιλομορφία στις κοσμοθεωρίες σημαίνει ότι οι θεμελιώδεις πεποιθήσεις για την πραγματικότητα και τον εαυτό διαφέρουν σε όλο τον κόσμο. Η κατάθλιψη, για παράδειγμα, εκδηλώνεται συχνά μέσω σωματικών και σχεσιακών ενοχλήσεων σε μη δυτικές κουλτούρες, γεγονός που αντανakλά την κοινωνιοκεντρική (ή συλλογική/κολεκτιβιστική) κατασκευή της ταυτότητας σε αυτά τα περιβάλλοντα [1,3,4]. Εδώ, η αίσθηση εαυτού ενσωματώνεται στις σχέσεις και τα κοινωνικά πλαίσια (και διαμορφώνεται συνεχώς από αυτά). Αντίθετα, οι δυτικές κουλτούρες συχνά πλαισιώνουν την κατάθλιψη μέσω συναισθημάτων αναξιότητας και απελπισίας. Πρόκειται για ενδοψυχικές καταστάσεις που αντικατοπτρίζουν μια ατομικιστική αντίληψη του εαυτού, ο οποίος θεωρείται ως μια αυτόνομη, εσωτερική οντότητα υπεύθυνη για την προσωπική δράση [4].

Στα μη δυτικά περιβάλλοντα, όπου η ταυτότητα εαυτού είναι περισσότερο σχεσιακή, έννοιες όπως η τιμή, το καθήκον και η αρετή παίζουν σημαντικό ρόλο, ενώ οι δυτικές κοινωνίες δίνουν προτεραιότητα στην αυτοπραγμάτωση και την αυθεντικότητα του ατόμου. Η διαφορά στην αυτοαντίληψη επηρεάζει

επίσης τα είδη των συναισθηματικών εμπειριών που αναφέρουν οι άνθρωποι: η **ενοχή είναι πιο διαδεδομένη στις ατομικιστικές κουλτούρες**, προερχόμενη από την εσωτερική αυτοκριτική, ενώ η **ντροπή τείνει να είναι πιο έντονη στις κολεκτιβιστικές**, συνδεδεμένη με την επίκριση από την κοινωνία. Αυτές οι αντίθετες απόψεις για τον εαυτό μπορεί να συνιστούν προκλήσεις για τους παρόχους, ιδίως εκείνους που έχουν εκπαιδευτεί σε δυτικά μοντέλα και εστιάζουν στην ατομική αλλαγή [4].

Τρόποι αντιμετώπισης προκλήσεων ψυχικής υγείας και αναζήτηση θεραπείας

Η κουλτούρα επηρεάζει επίσης τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες και αναζητούν θεραπεία [3,4], γεγονός που σημαίνει ότι το πολιτισμικό υπόβαθρο μπορεί να καθορίσει αν ένα άτομο θα απευθυνθεί σε συμβατικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή σε παραδοσιακούς θεραπευτές. Σε πολιτισμικά πλαίσια όπου η ψυχολογική δυσφορία αποδίδεται σε πνευματικές δυνάμεις –όπως κατάρες ή το «κακό μάτι»– είναι πιο πιθανό τα άτομα να στραφούν σε θεραπευτές της κοινότητας, παρά να αναζητήσουν ψυχιατρική φροντίδα [1,3,4]. Η αναζήτηση θεραπείας επηρεάζεται επίσης από τις κοινωνικοπολιτισμικές εμπειρίες μάθησης γύρω από την ψυχική υγεία. Ορισμένες κουλτούρες ενθαρρύνουν την εξωτερίκευση των συναισθημάτων, ενώ άλλες προάγουν την αυτοσυγκράτηση. Σε πολιτισμούς όπου τα ζητήματα ψυχικής υγείας συνδέονται με ντροπή ή αίσθηση αδυναμίας, τα άτομα συχνά εσωτερικεύουν αυτές τις αντιλήψεις, γεγονός που μπορεί να τα καταστήσει διστακτικά ή απρόθυμα να προσφύγουν σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Στίγμα

Το **στίγμα**, που ορίζεται από ένα «σύμπλεγμα αρνητικών στάσεων και πεποιθήσεων» [8], **κινητοποιεί τον κοινωνικό φόβο, την αποφυγή και τις διακρίσεις σε βάρος των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας**. Το στίγμα που σχετίζεται με θέματα ψυχικής υγείας και την αναζήτηση βοήθειας μπορεί να γίνει κατανοητό μέσω πέντε διακριτών αλλά αλληλένδετων τομέων [9]: (1) **αυτοστίγμα**, (2) **στίγμα αναζήτησης βοήθειας**, (3) **συνειρμικό στίγμα**, (4) **δημόσιο στίγμα** και (5) **αναμενόμενο στίγμα**. Το στίγμα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο μεταξύ ορισμένων πολιτισμικών ομάδων, οι οποίες μπορεί να βιώνουν εντονότερη ντροπή και απομόνωση λόγω των πολιτισμικών κανόνων.

Μελέτες δείχνουν ότι, για παράδειγμα, οι κοινότητες των Ασιατών Αμερικανών στις ΗΠΑ αναζητούν βοήθεια σε μειωμένα ποσοστά, **εν μέρει λόγω του ακραίου στίγματος που συνδέει την ψυχική ασθένεια με την οικογενειακή ατίμωση** [10]. Εν τω μεταξύ, δια-πολιτισμικές έρευνες αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο η στάση του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια ποικίλλει [1,10,11]: οι ισπανόφωνοι και οι Ασιάτες Αμερικανοί συχνά θεωρούν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας ως πιο επικίνδυνα από ό,τι άλλες ομάδες, ορθώνοντας ενδεχομένως περαιτέρω φραγμούς στη θεραπεία.

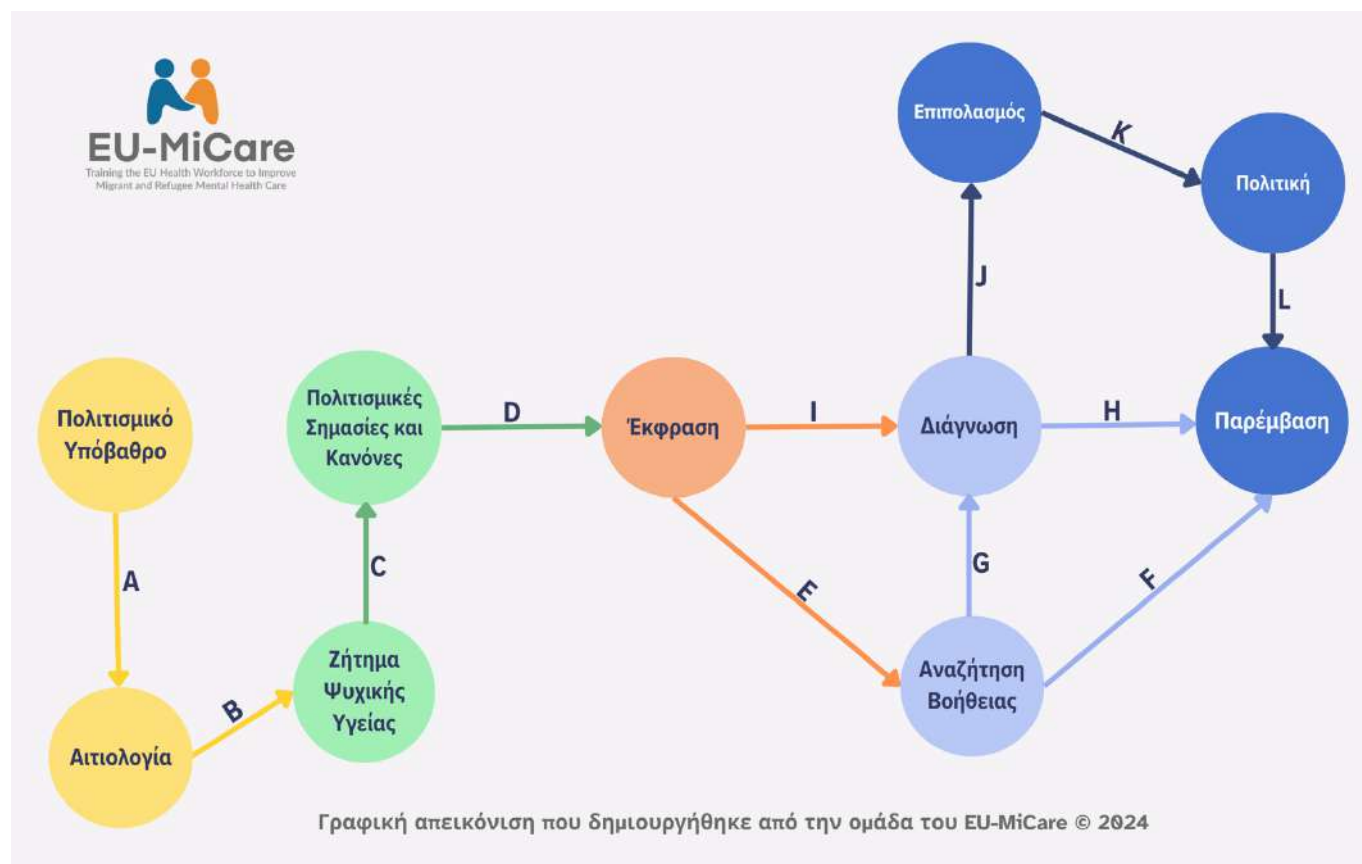
Σχέσεις εντός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης

Όταν οι χρήστες και οι πάροχοι υπηρεσιών δεν μοιράζονται κοινό πολιτισμικό υπόβαθρο, **ενδέχεται να αυξηθεί ο κίνδυνος να υπάρξει δυσαρμονία στις αξίες, στις παραδοχές και στις προσδοκίες γύρω από τη θεραπεία**. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι επαγγελματίες ενδέχεται να παραβλέψουν ή να απορρίψουν συμπτώματα ή ερμηνείες που για το ίδιο το άτομο είναι καθοριστικές. Παράλληλα, **οι δυναμικές εξουσίας, οι θεσμικές προκαταλήψεις και οι ιστορικές αδικίες που διαπερνούν τα συστήματα υγείας αποτελούν συχνά σημαντικούς φραγμούς στην παροχή ισότιμης και αποτελεσματικής φροντίδας** [2,7]. Για παράδειγμα, οι περιθωριοποιημένοι πληθυσμοί αντιμετωπίζουν συχνά συστημικές διακρίσεις, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει τα αισθήματα δυσπιστίας απέναντι σε θεσμούς υγειονομικής περίθαλψης που, ιστορικά, δεν ανταποκρίθηκαν επαρκώς στις ανάγκες τους.

Το υγειονομικό προσωπικό, όπως κάθε επαγγελματική ομάδα, φέρει τη δική του «κουλτούρα» – με κυρίαρχες αξίες και προσεγγίσεις, όπως η έμφαση στα βιοϊατρικά μοντέλα. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η **ψυχική υγεία τείνει να αντιμετωπίζεται κυρίως ως αποτέλεσμα βιολογικών ή χημικών ανισορροπιών, με τη διάγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή να προβάλλουν ως βασικά εργαλεία παρέμβασης** [4]. Ωστόσο, μια τέτοια προσέγγιση ενέχει τον κίνδυνο να προτεραιοποιήσει καθολικές λύσεις και μπορεί να δημιουργήσει απόσταση από τους χρήστες των υπηρεσιών, παραβλέποντας να λάβει υπόψη τις πολιτισμικά ενσωματωμένες αντιλήψεις μέσω των οποίων οι άνθρωποι νοσηματοδοτούν τις προσωπικές τους εμπειρίες. Παρότι αυξάνεται η επίγνωση μεταξύ των επαγγελματιών ότι η κουλτούρα επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία, πολλοί πάροχοι εξακολουθούν να δυσκολεύονται να ενσωματώσουν πολιτισμικούς παράγοντες στην καθημερινή κλινική πρακτική. Το μοντέλο των

«Πολιτισμικών Επιρροών στην Ψυχική Υγεία» (Cultural Influences on Mental Health, CIMH) (βλ. Εικόνα 2.1.1 και τον σχετικό πίνακα στην επόμενη σελίδα) [3] έχει αναπτυχθεί ακριβώς για να καλύψει αυτό το κενό, προσφέροντας μια πιο δομημένη προσέγγιση για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η κουλτούρα και η ψυχική υγεία αλληλοεπιδρούν.

Εικόνα 2.1.1. «Το μοντέλο των Πολιτισμικών Επιρροών στην Ψυχική Υγεία (CIMH)»



Σημείωση: Το γράφημα προσαρμόστηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των Hwang et al. (2008).

Συνιστώσες του μοντέλου CIMH

Διαδρομές A και B:	Το πολιτισμικό υπόβαθρο και τα χαρακτηριστικά των ατόμων (A) είναι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχικών προβλημάτων (B). Για παράδειγμα, οι πρόσφυγες που έχουν εκτοπιστεί μπορεί να αντιμετωπίζουν συγκεκριμένους ψυχοπαιστικούς παράγοντες και φραγμούς στην ψυχική υγεία, οδηγώντας σε αυξημένο κίνδυνο δυσμενών εκβάσεων ψυχικής υγείας.

Διαδρομές C και D:	Οι πολιτισμικές σημασίες και κανόνες (C) διαμορφώνουν τον τρόπο έκφρασης των ψυχικών προκλήσεων (D).
Διαδρομές E και I:	Ο τρόπος έκφρασης των ψυχικών προβλημάτων επηρεάζει το αν και πώς το άτομο αναζητά βοήθεια (E), καθώς και τις υποθέσεις που σχετίζονται με τη διάγνωσή του (I).
Διαδρομές G, H και F:	Επαγγελματίες από διαφορετικούς τομείς, όπως η πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η αυτόχθονη ιατρική ή οι παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές, μπορεί να προσφέρουν διαφορετικές ερμηνείες των ψυχικών εκδηλώσεων (G), οδηγώντας σε διαφορετικές μορφές παρέμβασης (H & F).
Διαδρομές J, K και L:	Η διάγνωση επηρεάζει τον αναφερόμενο επιπολασμό (τη συχνότητα εμφάνισης και εξάπλωσης) των ψυχικών προβλημάτων σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, όπως τα άτομα με μεταναστευτικό υπόβαθρο (J). Αυτά τα δεδομένα επιπολασμού μπορούν να επηρεάσουν τη χάραξη πολιτικών (K), οι οποίες με τη σειρά τους καθορίζουν το είδος και την προσβασιμότητα των διαθέσιμων θεραπευτικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων πολιτισμικά ευαίσθητων προσεγγίσεων και υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε γλώσσες που κατανοούν οι εξυπηρετούμενοι/-ες (L).

Σημείωση: Αναπαραγωγή από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των Hwang et al.(2008).

© **Καίριο Σημείο:** Μια πολιτισμικά ευαίσθητη προσέγγιση στη συμβουλευτική μέσα από την παρουσίαση μιας τραυματικής εμπειρίας πένθους

Για να καταδείξει αυτές τις πολιτισμικές αντιλήψεις, ο καθηγητής John McLeod [4] παραθέτει την ακόλουθη μελέτη περίπτωσης:

Το χειμώνα του 1984, σχεδόν 12.000 Φαλάσα (Εβραίοι της Αιθιοπίας) εκδιώχθηκαν από το χωριό τους στη βόρεια Αιθιοπία, εξαιτίας της λιμοκτονίας, του φόβου για πόλεμο και της επιθυμίας να μεταναστεύσουν στο Ισραήλ. Στη διάρκεια της μακράς πορείας τους μέσα από την έρημο, αλλά και κατά την παραμονή τους στα προσφυγικά στρατόπεδα, περίπου 3.000 πέθαναν. Στο τέλος, η ισραηλινή κυβέρνηση ανέλαβε την ασφαλή αεροδιακομιδή των επιζώντων, αλλά είχε ήδη συντελεστεί τεράστιο τραύμα και διάρρηξη των οικογενειακών δεσμών.

Περίπου δύο χρόνια αργότερα, η M., μια γυναίκα 31 ετών από την Αιθιοπία, παντρεμένη και με 4 παιδιά, η οποία μιλούσε μονάχα αραμαϊκά, παραπέμφθηκε σε ψυχιατρική μονάδα στην Ιερουσαλήμ. Αν και ήταν δύσκολο να εξασφαλιστεί επαρκώς η διερμηνεία, αποκαλύφθηκε ότι είχε περιπλανηθεί για πολλές εβδομάδες στην έρημο, κατά τη διάρκεια των οποίων το μωρό της έχασε τη ζωή του. Εξακολούθησε να μεταφέρει το άψυχο σώμα του για πολλές μέρες, μέχρι που έφτασε

στο Ισραήλ, οπότε και της απέσπασαν το πτώμα που ήδη μύριζε έντονα και το έθαψαν. Μέσα στα δύο προηγούμενα χρόνια είχε επανειλημμένα νοσηλευτεί ύστερα από “κρίσεις άσθματος”. Τώρα ήταν αναστατωμένη, γεμάτη φόβο και θλίψη και παραπονιόταν ότι «είχε ένα φίδι στο πόδι της». Διαγνώστηκε πως έπασχε από οξύ ψυχωτικό επεισόδιο. Το προσωπικό στην ψυχιατρική μονάδα κατάφερε να βρει έναν ανθρωπολόγο που γνώριζε τη γλώσσα και την κουλτούρα της Μ., για να αποκαλυφθεί ότι θεωρούσε τον εαυτό της «μιασμένο», λόγω του ότι δεν είχε υποβληθεί στο τελετουργικό εξαγνισμού που απαιτούσε η θρησκευτική σχέση όπου ανήκε για όσους είχαν έρθει σε επαφή με ανθρώπινο πτώμα. Η πεθερά της δεν της είχε επιτρέψει να μιλήσει για τα συναισθήματά της γύρω από το πένθος: το «φίδι στο πόδι» τελικά αποδείχθηκε πως ήταν μια ιδιωματική έκφραση των Φαλάσα για τη διαφωνία κάποιου με την πεθερά του. Η Μ. ενθαρρύνθηκε κατά τη συμβουλευτική να μιλήσει για το θάνατο του μωρού της και κανονίστηκε ένα τελετουργικό εξαγνισμού. Σε μια συνάντηση 30 μήνες μετά το τέλος της θεραπείας, ήταν καλά και είχε ένα καινούριο μωρό, μολοντί παραδεχόταν ότι ακόμη πενθούσε για το νεκρό παιδί της.

Η περίπτωση της Μ. και τα ζητήματα που εγείρει περιγράφονται πληρέστερα στο Schreiber (1995). Πρόκειται για ένα περιστατικό που αποδεικνύει τη δύναμη της πολυπολιτισμικής προσέγγισης. Αν και η πάσχουσα εμφάνισε σωματικά συμπτώματα που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή και συμβατική δυτική ψυχιατρική φροντίδα, οι θεραπευτές που ασχολήθηκαν με την περίπτωση της μπήκαν στον κόπο να εξετάσουν τη σημασία των συμπτωμάτων αυτών και έπειτα να καταστρώσουν μια μορφή βοήθειας που, συνδυάζοντας ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές της φυλής της, ήταν η ενδεδειγμένη για το πρόσωπο με τα συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά.

3. Οι τέσσερις πολιτισμικές παγίδες στις αλληλεπιδράσεις με μετανάστες και πρόσφυγες

Όπως συζητήθηκε προηγουμένως, για να προάγουν την ψυχοκοινωνική ευεξία στο πλαίσιο διαπολιτισμικών αλληλεπιδράσεων, **οι επαγγελματίες του πεδίου καλούνται να υπερβούν προκλήσεις που σχετίζονται με τις δικές τους προκαταλήψεις και στάσεις.** Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προκλήσεων απαιτεί αυτοαναστοχασμό και επίγνωση τεσσάρων πολιτισμικών παγίδων, οι οποίες μπορεί να υπονομεύσουν την επικοινωνία με άτομα διαφορετικού πολιτισμικού και γλωσσικού υπόβαθρου [12,13].

Οι Τέσσερις Πολιτισμικές Παγίδες στις Διαπολιτισμικές Αλληλεπιδράσεις

1. Ασυμμετρίες ισχύος	Οι διαφορές στο κοινωνικό καθεστώς, τη νομική θέση ή τους θεσμικούς ρόλους μπορεί να δημιουργήσουν ανισορροπίες στην αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων στο πεδίο και των ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία, επηρεάζοντας την επικοινωνία και τη συνεργασία. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Η Μαριέλα, μια ιθαγενής γυναίκα από αγροτική περιοχή του Ελ Σαλβαδόρ, ενδέχεται να αισθάνεται αμήχανα ή διστακτική απέναντι στον Γερμανό κοινωνικό λειτουργό της, λόγω του νομικού της καθεστώτος και της έλλειψης εξοικείωσης με το γερμανικό σύστημα υγείας. Αυτή η ανισορροπία ισχύος μπορεί να την αποτρέψει από το να μιλήσει ανοιχτά για ζητήματα ψυχικής υγείας, υπό τον φόβο του στιγματισμού, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο τη συνολική της υγεία όσο και τη διαδικασία προσαρμογής της.
2. Συλλογικές εμπειρίες	Τόσο οι χρήστες υπηρεσιών όσο και το επαγγελματικό προσωπικό φέρνουν στη θεραπεία τις συλλογικές τους πολιτισμικές εμπειρίες και ιστορικές εντάσεις, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις και τις αλληλεπιδράσεις τους. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Εάν ο κοινωνικός λειτουργός της Μαριέλα διατηρεί προκαταλήψεις για την «ατίσταση» των ιθαγενών Σαλβαδοριανών απέναντι στη σύγχρονη ιατρική, θασισμένες σε ιστορικά στερεότυπα, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ερμηνεία της απροθυμίας της Μαριέλα απέναντι σε συγκεκριμένες θεραπείες.
3. Ξένες εικόνες	Οι αναπαραστάσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις σχετικά με διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης συχνά παρουσιάζουν τους Σαλβαδοριανούς μετανάστες μέσα από έναν αρνητικό φακό, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει ασυνείδητα τον τρόπο με τον οποίο ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται τη Μαριέλα – για παράδειγμα, να την αντιμετωπίζει πρωτίστως ως θύμα ή να την περιορίζει σε μια μονοδιάστατη αφήγηση, ταυτίζοντάς την με τη μεταναστευτική της ταυτότητα.
4. Διαφορετικά πολιτισμικά πρότυπα	Οι διαφορές στα πολιτισμικά πρότυπα μπορεί να οδηγήσουν σε παρεξηγήσεις στη σχέση μεταξύ του ατόμου που ζητά βοήθεια και του επαγγελματία. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ: Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναμένει την άμεση εστίαση σε ψυχοκοινωνικά ζητήματα ήδη από την πρώτη συνεδρία, ενώ για τη Μαριέλα, το «χτίσιμο εμπιστοσύνης» μπορεί να περνά μέσα από ανεπίσημη συζήτηση και προσωπική επαφή. Μια ευθύγραμμη, απρόσωπη προσέγγιση ενδέχεται να της φανεί ψυχρή ή απόμακρη. Η προσαρμογή της θεραπευτικής προσέγγισης στις πολιτισμικές της προτιμήσεις μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη, τη συνεργασία και, τελικά, την αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

Σημείωση: Αναπαραγωγή από την ομάδα του EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των von Lersner & Kizilhan (2017).

4. Ενσωμάτωση διαφορετικών προσεγγίσεων στην εκτίμηση ψυχικών αναγκών

Στην ενότητα που ακολουθεί, παρουσιάζονται πρακτικά μοντέλα και εργαλεία σχεδιασμένα για να βοηθήσουν στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση σημείων στασιμότητας στη σχέση επαγγελματία-

εξυπηρετούμενου ατόμου, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της φροντίδας ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία. Μια σύνοψη των διαγνωστικών κατηγοριών και των αντίστοιχων πολιτισμικών παραμέτρων παρέχεται στο Μάθημα 1, Ενότητα 1.5: Συνηθέστερες προκλήσεις ψυχικής υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες.

Επεξηγηματικά μοντέλα στην κλινική πρακτική

Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι νοσηματοδοτούν τις εμπειρίες τους αποτελεί βασική διάσταση της εργασίας σε διαπολιτισμικά πλαίσια. Η 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) εισάγει τον όρο **πολιτισμικές έννοιες του δυσφορικού στρες** για να περιγράψει το πώς διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες βιώνουν, ερμηνεύουν και εκφράζουν τον ψυχικό πόνο, τα προβλήματα συμπεριφοράς ή τις ανησυχίες τους [14]. Οι πεποιθήσεις ή «εξηγήσεις» αυτές, οι οποίες συχνά διαφοροποιούνται από βιοϊατρικές ή επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις, συγκροτούν αυτό που ονομάζουμε ερμηνευτικά ή επεξηγηματικά μοντέλα των ανθρώπων για την ασθένεια.

Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας ή στο πλαίσιο της ομάδας

Αναλογιστείτε μια δύσκολη ή οδυνηρή εμπειρία που αντιμετωπίσατε σε ένα διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο – μια εμπειρία όπου νιώσατε απογοήτευση, σύγχυση, αμηχανία ή βαθιά ενόχληση. Σκεφτείτε πώς το πολιτισμικό σας υπόβαθρο μπορεί να επηρέασε την αντίδρασή σας σε αυτή την κατάσταση. Μπορείτε να εντοπίσετε πολιτισμικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να εξηγήσουν την αντίδρασή σας; Πώς θα μπορούσαν να έχουν αντιδράσει (με παρόμοιο ή διαφορετικό τρόπο) άτομα από το εν λόγω πολιτισμικό πλαίσιο; Ποιο θα μπορούσε να ήταν το δικό τους επεξηγηματικό μοντέλο για τη στεναχώρια ή την ασθένεια σε αυτήν τη συνθήκη; Γιατί πιστεύετε ότι υπάρχουν διαφορές στις αντιδράσεις, αν υπάρχουν;

Πηγή: Culture Matters: The Peace Corps Cross-Cultural Workbook
και προσαρμόστηκε από την ομάδα EU-MiCare για τους σκοπούς αυτού του μαθήματος.

Η προσαρμογή αυτής της άσκησης δεν υποδηλώνει έγκριση από το Peace Corps.

Όταν χρησιμοποιούν ένα **Επεξηγηματικό Μοντέλο**, οι κλινικοί μπορούν να διερευνήσουν ερωτήματα όπως **Τι σημαίνει για το άτομο το πρόβλημα, Γιατί πιστεύει ότι συμβαίνει, Πώς το εξηγεί και Ποιος θεωρεί ότι μπορεί να βοηθήσει**. Αυτή η διαδικασία συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας κοινής γλώσσας με το άτομο προς τον στόχο μιας από κοινού σκοπούμενης έκβασης: της ίασης [15,16]. Ενσωματώνοντας τα επεξηγηματικά μοντέλα στην αξιολόγηση, οι πάροχοι μπορούν να αποκτήσουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το πολιτισμικό υπόβαθρο, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις του ατόμου, ενισχύοντας έτσι την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης [15].

Ένα μέσο προς την επίτευξη αυτού του διαλόγου είναι η **Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης** (Cultural Formulation Interview – CFI) [17], το πρώτο εργαλείο του DSM που υιοθετεί την προσέγγιση του επεξηγηματικού μοντέλου στη διερεύνηση θεμάτων ψυχικής υγείας. Η CFI παρατίθεται αναλυτικότερα στην Ενότητα 2.3. Ο πίνακας που ακολουθεί αποτελεί έναν απλό, εισαγωγικό οδηγό για την έναρξη συζητήσεων γύρω από την ψυχική υγεία. Οι ερωτήσεις αυτές βοηθούν σας επαγγελματίες να «σπάσουν τον πάγο», να κατανοήσουν την οπτική του ατόμου και να συνδιαμορφώσουν επεξηγηματικά μοντέλα προσαρμοσμένα στο πολιτισμικό του πλαίσιο [12].

→ **BINTEO:** [Χρησιμοποιώντας τη Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης](#) (EN) 

Πώς θα ορίζατε το πρόβλημά σας;

1. Ποιες είναι οι συνέπειες του προβλήματος;
2. Ποιες είναι οι αιτίες του προβλήματος;
3. Πόσο καιρό διαρκεί το πρόβλημα;
4. Ποιες εξηγήσεις δίνει το οικογενειακό ή το κοινωνικό σας περιβάλλον για το πρόβλημα;
5. Ποιες ανησυχίες έχετε σχετικά με το πρόβλημα;
6. Πώς πιστεύετε ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί;
7. Ποιος θα μπορούσε να σας βοηθήσει;

Σημείωση: Αναπαραγωγή από την ομάδα του EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των von Lersner & Kizilhan (2017).

Πολιτισμικές εκφράσεις βαθιάς θλίψης («Ιδιωματισμοί δυσφορικού στρες»)

Αν και η κατάθλιψη αναγνωρίζεται ως διαπολιτισμική εμπειρία [12], ο τρόπος με τον οποίο κάθε πολιτισμός αντιλαμβάνεται και εκφράζει το δυσφορικό στρες επηρεάζεται από τις κοινωνικές νόρμες και τα ερμηνευτικά μοντέλα των ατόμων. Ως εκ τούτου, άνθρωποι από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα ενδέχεται να περιγράφουν την ψυχική τους δυσφορία **με τρόπους που να μην ευθυγραμμίζονται άμεσα με συγκεκριμένα συμπτώματα ή σύνδρομα**. Αυτές οι ιδιαίτερες εκφράσεις, που ενσωματώνουν μια συλλογική κατανόηση της δυσφορίας στο πλαίσιο της κοινότητας, είναι γνωστές ως **ιδιωματισμοί του δυσφορικού στρες** [18].

Παράδειγμα: Στην Τουρκία, δύο ιδιωματισμοί βαθιάς θλίψης είναι οι φράσεις «το κεφάλι μου είναι κρύο» και «το σκώτι μου είναι κρύο». Τα εκφραζόμενα συναισθήματα δεν αντιστοιχούν σε συνήθεις διαγνωστικές κατηγορίες σε δυτικά πλαίσια και πρέπει να κατανοηθούν ως μεταφορικά σχήματα. Οι φράσεις αυτές λειτουργούν ως πολιτισμικά αποδεκτοί τρόποι για να περιγραφούν εσωτερικές συναισθηματικές καταστάσεις [12].

Γιατί έχει σημασία η κατανόηση αυτών των ιδιωματισμών; Επειδή λειτουργούν ως σημαντική «γέφυρα» για το κλινικό προσωπικό στο χώρο της ψυχικής υγείας, επιτρέποντάς τους να αποκτήσουν βαθύτερη κατανόηση πάνω στο πώς οι άνθρωποι με μεταναστευτικό και προσφυγικό υπόβαθρο βιώνουν και περιγράφουν τις δυσκολίες τους. Για επαγγελματίες εκτός του κλινικού πεδίου, αυτοί οι ιδιωματισμοί μπορεί να αποτελέσουν ένδειξη ότι ένα άτομο χρειάζεται εξειδικευμένη φροντίδα και να παραπεμφθεί. Δεν είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες να γνωρίζουν κάθε συγκεκριμένο ιδίωμα ή έκφραση, καθώς η σημασία τους μπορεί να διαφέρει από κοινότητα σε κοινότητα. Ωστόσο, πρέπει να διατηρούν μια ανοιχτή και διερευνητική στάση απέναντι στους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι εκφράζουν τη δυσφορία τους – τρόπους που επηρεάζονται από παράγοντες όπως η γενιά, η γεωγραφία, η ιστορική εμπειρία και η ταυτότητα φύλου.

Το DSM-5 προσφέρει έναν κατάλογο «πολιτισμικών εννοιών του δυσφορικού στρες» προκειμένου να καθοδηγήσει τους παρόχους ψυχικής υγείας στην ενσωμάτωση αυτών των αποχρώσεων στην κλινική πρακτική [14], τονίζοντας τη σημασία της κατανόησης τόσο της έντασης όσο και του υποκείμενου νοήματος. Περισσότερες πληροφορίες παρέχονται στο  **Αποθετήριο** (βλ. 2.1 - Έντυπο 1. «Κατάλογος ιδιωματισμών του δυσφορικού στρες»).

Πολιτισμική επάρκεια και πολιτισμική ευαισθησία

Η ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, που περιλαμβάνει βαθιά κατανόηση των πολιτισμικών προτύπων, αξιών, πεποιθήσεων και τρόπων επικοινωνίας. **Προϋποθέτει, επίσης, την καλλιέργεια ενσυναίσθησης, περιέργειας, ταπεινότητας και ανοιχτότητας απέναντι στη διαφορετικότητα [2,7].** Η πολιτισμική ευαισθησία δεν περιορίζεται στην απλή επίγνωση της ποικιλομορφίας· αφορά την ικανότητα προσαρμογής της συμπεριφοράς, της επικοινωνίας και των παρεμβάσεων με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις ατόμων από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα. Αυτό περιλαμβάνει πρακτικές όπως η ενεργητική ακρόαση, η αναστολή της κρίσης και η προσαρμογή στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με σεβασμό στις πολιτισμικές αποχρώσεις [7]. Η συστηματική ενασχόληση με τον αναστοχασμό και η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην αποτελεσματική διαχείριση προκλήσεων, όπως εκείνες που περιγράφηκαν παραπάνω. Οι έννοιες αυτές θα διερευνηθούν περαιτέρω στο Μάθημα 3, Ενότητα 3.1: Αποτελεσματική επικοινωνία και Ενότητα 3.2: Πολιτισμική επίγνωση.



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε πάνω στο παγόβουνο της κουλτούρας

Η κουλτούρα έχει εύστοχα παραλληλιστεί με ένα παγόβουνο. Ακριβώς όπως ένα παγόβουνο έχει ένα ορατό τμήμα πάνω από την ίσαλο γραμμή και ένα μεγαλύτερο, αόρατο τμήμα κάτω από την ίσαλο γραμμή, έτσι και η κουλτούρα έχει ορισμένες πτυχές που είναι παρατηρήσιμες και άλλες που μπορούν μόνο να γίνουν αντικείμενα υποθέσεων, υποψίας ή διαίσθησης.

Επίσης, όπως ένα παγόβουνο, το μέρος της κουλτούρας που είναι ορατό (παρατηρήσιμη συμπεριφορά) είναι μόνο ένα μικρό μέρος ενός πολύ μεγαλύτερου συνόλου. Η ιδέα του πολιτισμικού παγόβουνου προέρχεται από το βιβλίο του Edward T. Hall (1976) *Beyond Culture*.

(συνέχεια στην επόμενη σελίδα)

Αφιερώστε λίγο χρόνο για να προβληματιστείτε σχετικά με τα αριθμημένα χαρακτηριστικά που παρατίθενται παρακάτω. Σκεφτείτε ποιες από αυτές τις πτυχές είναι παρατηρήσιμες στις καθημερινές σας αλληλεπιδράσεις με ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία και ποιες μπορεί να είναι λιγότερο ορατές ή κρυμμένες κάτω από την επιφάνεια. Σκεφτείτε πώς αυτά τα αόρατα πολιτισμικά στοιχεία μπορεί να επηρεάζουν τις συμπεριφορές και τις εμπειρίες που είναι ορατές σε εσάς ως επαγγελματία ή εθελοντή/-τρια. Στον προβληματισμό σας, αναρωτηθείτε:

- Ποια πολιτισμικά στοιχεία παρατηρείτε άμεσα; Ποια ενδεχομένως παραμένουν κάτω από την επιφάνεια;
- Με ποιους τρόπους οι πιο “αόρατες” πλευρές του πολιτισμού επηρεάζουν όσα γίνονται ορατά – όπως οι στάσεις, οι αντιδράσεις ή οι στρατηγικές επιβίωσης;
- Πώς ενδέχεται να σχετίζονται με την ψυχική υγεία ή την αναζήτηση υποστήριξης;
- Πώς μπορεί η κατανόηση αυτών των λιγότερο εμφανών παραγόντων να διαμορφώσει τον τρόπο με τον οποίο συνδέεστε, συνομιλείτε και στηρίζετε τους ανθρώπους στο πλαίσιο της επαγγελματικής ή εθελοντικής σας δράσης;

1. εκφράσεις προσώπου	10. χειρονομίες	18. έννοια του εαυτού
2. θρησκευτικές πεποιθήσεις	11. έθιμα εορτασμών	19. ηθική της εργασίας
3. θρησκευτικά έθιμα	12. έννοια της δικαιοσύνης	20. έννοια της ομορφιάς
4. σημασία του χρόνου	13. φύση της φιλίας	21. μουσική
5. πίνακες ζωγραφικής	14. κατασκευές περί της ταπεινότητας	22. στυλ ένδυσης
6. αξίες	15. φαγητά	23. γενική κοσμοθεωρία
7. λογοτεχνία	16. διατροφικές συνήθειες	24. έννοια προσωπικού χώρου
8. αντιλήψεις διαπαιδαγώγησης παιδιών	17. κατανόηση του φυσικού κόσμου	25. κανόνες κοινωνικής εθιμοτυπίας
9. έννοια της ηγεσίας		

Πηγή: Culture Matters: The Peace Corps: Cross-cultural Workbook

και προσαρμόστηκε από την ομάδα του EU-MiCare για τους σκοπούς αυτού του μαθήματος.

Η προσαρμογή αυτής της άσκησης δεν υποδηλώνει έγκριση από το Peace Corps.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), & National Institute of Mental Health (US). (2001). *Mental health: Culture, race, and ethnicity: A supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- [2] Ogundare, T. (2020). Culture and mental health: Towards cultural competence in mental health delivery. *Journal of Health and Social Sciences*, 5(1), 23–34.
- [3] Hwang, W. C., Myers, H. F., Abe-Kim, J., & Ting, J. Y. (2008). A conceptual paradigm for understanding culture's impact on mental health: the cultural influences on mental health (CIMH) model. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 211–227. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.05.001>
- [4] McLeod, J. (2013). Multicultural counseling. In *An Introduction to Counselling* (5th ed., pp. 286–315). Open University Press. [στα ελληνικά: McLeod, J. (2005). Η πολυπολιτισμικότητα ως προσέγγιση της συμβουλευτικής. Στο J. McLeod (Eds.). Εισαγωγή στη Συμβουλευτική. Αθήνα: Μεταίχμιο.]
- [5] Benessaïeh, A. (2010). *Transcultural Americas: Cultures, Identities, and Nation-States in a Globalized World*. Ottawa, Ontario: University of Ottawa Press.
- [6] Smedley, B. D., Stith, A. Y., Nelson, A. R., & Institute of Medicine (U.S.) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy Press.
- [7] Kirmayer, L. J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 149–164. <https://doi.org/10.1177/1363461512444673>
- [8] Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.9.765>
- [9] Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119.
- [10] Zhang, A. Y., Snowden, L. R., & Sue, S. (1998). Differences between Asian and White Americans' help seeking and utilization patterns in the Los Angeles area. *Journal of Community Psychology*, 26(4), 317–326. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199807\)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199807)26:4<317::AID-JCOP2>3.0.CO;2-Q)
- [11] Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D. L., Bitman, R. L., Wade, N. G., & Maier, E. J. (2013). Disentangling self-stigma: are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520–531. <https://doi.org/10.1037/a0033555>
- [12] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>
- [13] Auernheimer, G. (2002). Interkulturelle Kommunikation, mehrdimensional betrachtet, mit Konsequenzen für das Verständnis von interkultureller Kompetenz. In G. Auernheimer (Hrsg.), *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität* (Interkulturelle Studien, Bd. 13, 2. Aufl., 35–65). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [14] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- [15] Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezrich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29–37). New York: John Wiley & Sons.

-
- [16] Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.
- [17] Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. J. (Eds.) (2016). *DSM-5® handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- [18] Kaiser, B. N., & Jo Weaver, L. (2019). Culture-bound syndromes, idioms of distress, and cultural concepts of distress: New directions for an old concept in psychological anthropology. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 589–598.
<https://doi.org/10.1177/1363461519862708>

Ενότητα 2.2: Διαθεματικές προσεγγίσεις στα πεδία της μετανάστευσης και της ψυχικής υγείας

Επισκόπηση ενότητας

Η συγκεκριμένη διδακτική ενότητα έχει ως στόχο να βοηθήσει το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται με ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία να ξεπεράσει τις απλουστευτικές προσεγγίσεις στην πρακτική του. Επίσης, καταβάλλεται προσπάθεια αναγνώρισης και αντιμετώπισης των κινδύνων που ενέχει ο πολιτισμικός ουσιοκρατισμός, ο οποίος περιορίζει τα άτομα σε έναν μόνο δείκτη ταυτότητας, παραμελώντας την πολυπλοκότητα των εμπειριών τους. Η ενότητα υιοθετεί μια διαθεματική προσέγγιση και τονίζει την ανάγκη για μια πολυδιάστατη κατανόηση της ταυτότητας που ενσωματώνει παράγοντες όπως η καταγωγή, το φύλο, η ηλικία και το νομικό καθεστώς, παράλληλα με την κουλτούρα και τον πολιτισμό. Παρέχει επίσης εργαλεία και πλαίσια για την καλύτερη αναγνώριση της αλληλεπίδρασης αυτών των παραγόντων, προσφέροντας μια πιο διαφοροποιημένη προσέγγιση για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας μεταναστών και προσφύγων.

Υποενότητες:

1. [Πέρα από την κουλτούρα: Μια εισαγωγή](#)
2. [Διερεύνηση των κοινωνικοπολιτικών διαστάσεων της ταυτότητας στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες](#)
3. [Η διαθεματικότητα ως ερμηνευτικός φακός για την κατανόηση της πολυπλοκότητας](#)

1. Πέρα από την κουλτούρα: Μια εισαγωγή

Όπως είδαμε και σε προηγούμενες διδακτικές ενότητες, η κουλτούρα αποτελεί βασικό στοιχείο που επηρεάζει βαθιά την ταυτότητα και τις εμπειρίες των ανθρώπων – μεταξύ άλλων, και τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την ψυχική υγεία και την ευεξία. Ωστόσο, **υπάρχει ο κίνδυνος του πολιτισμικού ουσιοκρατισμού, δηλαδή να θεωρούμε την κουλτούρα ως τον μοναδικό ή κυρίαρχο παράγοντα που**

εξηγεί τη συμπεριφορά και τις εμπειρίες των ανθρώπων, ειδικά στην περίπτωση των μεταναστών και προσφύγων. Μια τέτοια περιοριστική οπτική συνοδεύεται συχνά από μια υπεραπλούστευση των ταυτοτήτων, ανάγοντάς τες αποκλειστικά στην καταγωγή, τη γλώσσα ή την εμφάνιση. Το αποτέλεσμα είναι να υποβαθμίζονται άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής των ανθρώπων, η πολυπλοκότητα της ζωής τους να ισοπεδώνεται σε μονοσήμαντες αφηγήσεις και να ενισχύονται στερεοτυπικές διακρίσεις με όρους «Εμείς» και «Αυτοί».

Όταν μιλάμε για την ταυτότητά μας, σπάνια την ορίζουμε αποκλειστικά με βάση την εθνικότητά μας (π.χ. ως «Γερμανός/-ίδα», «Ιταλός/-ίδα», «Ισπανός/-ίδα», «Έλληνας/ίδα» ή «Κύπριος/-α»). Συνήθως, συμπεριλαμβάνουμε και άλλες σημαντικές πτυχές, όπως το φύλο, το επάγγελμα, την ηλικία ή τις προσωπικές μας εμπειρίες. Γι' αυτό και η κουλτούρα από μόνη της δεν αρκεί για να εξηγήσει την ανθρώπινη συμπεριφορά στο σύνολό της. Ακόμη και μέσα στην ίδια πολιτισμική ομάδα, οι αντιλήψεις, οι αξίες και οι πρακτικές μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Παράγοντες όπως η ηλικία, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση, το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και το γεωγραφικό πλαίσιο διαμορφώνουν διαφορετικούς τρόπους κατανόησης και έκφρασης της κουλτούρας.

Για κατανόηση της κουλτούρας, η οποία δεν πρέπει να θεωρηθεί ως ένας μονόλιθος, αλλά ως μια δυναμική αλληλεπίδραση λόγων και πρακτικών που διαμορφώνονται μέσα σε ευρύτερα συστήματα ισχύος. Σε αυτό το πλαίσιο, η διαθεματικότητα προσφέρει ένα χρήσιμο εργαλείο: μας βοηθά να ξετυλίξουμε τις απλουστευτικές δυαδικότητες και να φωτίσουμε άλλες διαστάσεις της ταυτότητας –όπως η κοινωνική τάξη, το φύλο και η εθνοτική καταγωγή– με τις οποίες διαπλέκεται, ή τέμνεται, η εμπειρία της μετανάστευσης. Μέσα από αυτό το πρίσμα, μπορούμε να αντιληφθούμε πιο καθαρά τις δομικές ανισότητες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και να αναπτύξουμε παρεμβάσεις που σέβονται την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης εμπειρίας.

Η κατανόηση των εμπειριών των ανθρώπων που επιδιώκουμε να υποστηρίξουμε απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία σέβεται την πολυπλοκότητα των ταυτοτήτων και των κοινωνικών τους θέσεων. Για όσες και όσους εργάζονται στο πεδίο, αυτό σημαίνει την ικανότητα να αναγνωρίζουν τα ποικίλα στοιχεία που διαμορφώνουν τη ζωή των μεταναστών και των προσφύγων — τόσο στις χώρες καταγωγής τους, όσο και κατά τη διάρκεια της μετακίνησης αλλά και στο νέο τους περιβάλλον.

Μια τέτοιου είδους αναγνώριση είναι απαραίτητη για την κατανόηση των ιδιαίτερων αναγκών, ανησυχιών και αποθεμάτων τους, ειδικά σε σχέση με την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική τους ευεξία. Στην παρούσα ενότητα, θα διερευνήσουμε την έννοια της διαθεματικότητας ως ένα καθοδηγητικό εργαλείο που μας επιτρέπει να υπερβούμε επεξηγηματικά σχήματα βασισμένα αποκλειστικά στην κουλτούρα. Αντί γι' αυτό, θα εστιάσουμε σε μια ευρύτερη ανάλυση των σχέσεων και δυναμικών ισχύος και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζουν την εμπειρία των μεταναστών και των προσφύγων, διαμορφώνοντας τις προκλήσεις, τις αντιφάσεις αλλά και τις δυνατότητες που βιώνουν.

2. Διερεύνηση των κοινωνικοπολιτικών διαστάσεων της ταυτότητας στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες

Δεν υπάρχει ένας σταθερός κατάλογος σημαντικών πλευρών της ταυτότητας (ή, αλλιώς, δεικτών της ταυτότητας, κοινωνικών κατηγοριών ή διαστάσεων), όπως δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος να ορίσουμε το ποιες και ποιοι είμαστε. Στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία, τα πιο εκτενώς συζητούμενα είναι το φύλο, η φυλή/εθνότητα² και η κοινωνική τάξη, πάντα σε συνάρτηση με το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο της εκάστοτε μελέτης. Ωστόσο, για πολλούς ανθρώπους, εξίσου καθοριστικές μπορεί να είναι και άλλες πλευρές της ταυτότητάς τους, όπως η ηλικία, η σεξουαλικότητα, η αναπηρία, η θρησκεία ή το νομικό τους καθεστώς. **Το ποιες από αυτές τις διαστάσεις αναδεικνύονται ως πιο καθοριστικές εξαρτάται από την προσωπική ιστορία κάθε ατόμου και από τις ιδιαίτερες περιστάσεις της ζωής του.**

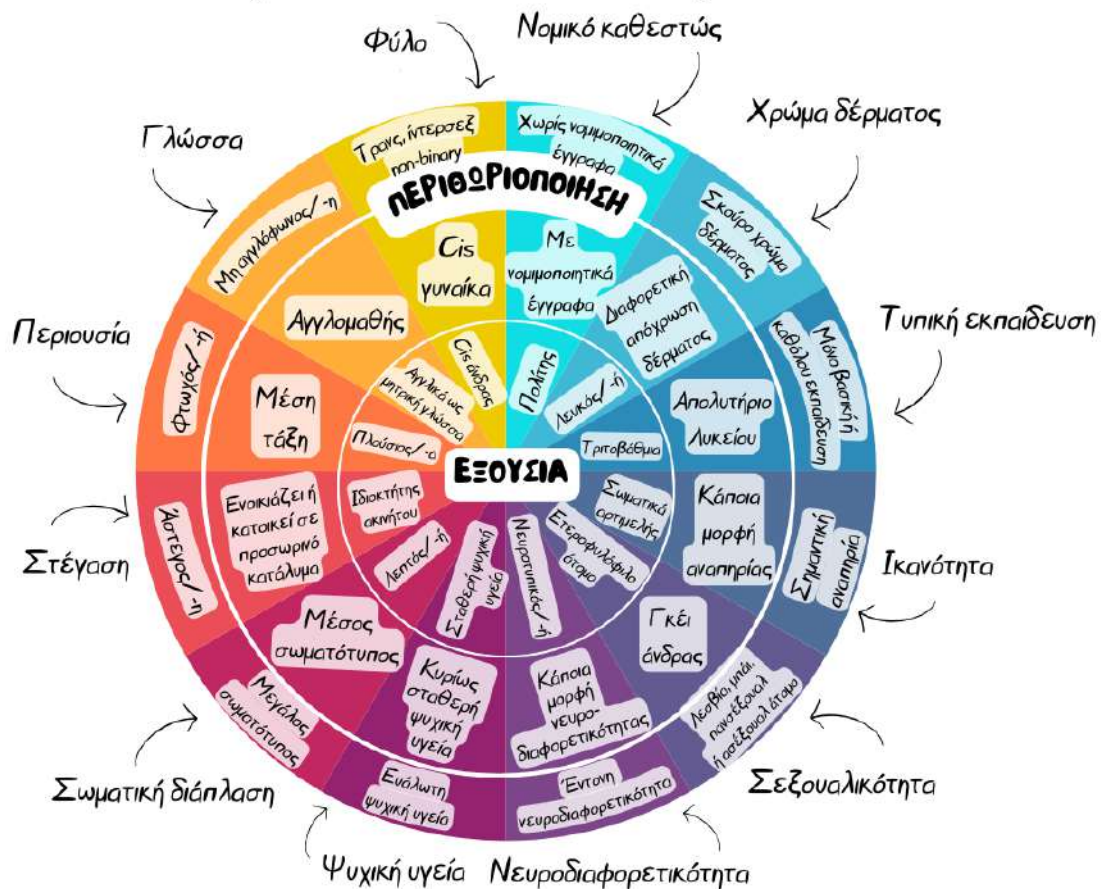
Η Εικόνα 2.2.1 αποτυπώνει τις διαφορετικές διαβαθμίσεις στη βάση των οποίων οι άνθρωποι μπορεί να βιώνουν περιθωριοποίηση ή να έχουν ισχύ/πρόσβαση στην εξουσία μέσα στην κοινωνία, σε σχέση με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. **Οι θέσεις που βρίσκονται πιο κοντά στο κέντρο του κύκλου αντιπροσωπεύουν υψηλότερη κοινωνική ισχύ και υποδηλώνουν πρόσβαση σε περισσότερα προνόμια** (π.χ. να είναι κάποιος πολίτης μιας χώρας, να είναι λευκός ή εύπορος). Αντίθετα, **οι θέσεις στις παρυφές**

² Στο πλαίσιο των ΗΠΑ, οι όροι «φυλή» και «εθνότητα» είναι κοινές κατηγορίες που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, τα μέσα ενημέρωσης και τις ταξινομήσεις απογραφής. Στο ευρωπαϊκό πλαίσιο, λόγω της ιστορικής του σημασίας και της δυνατότητας ενίσχυσης των φυλετικών στερεοτύπων, ο όρος «φυλή» ως επί το πλείστον αποφεύγεται. Αντίθετα, χρησιμοποιούνται συνήθως εναλλακτικές έννοιες όπως «εθνικότητα», «εθνοτική καταγωγή» ή «μεταναστευτικό υπόβαθρο».

υποδηλώνουν αυξημένο κίνδυνο αποκλεισμού και διακρίσεων (π.χ. όταν ένα άτομο έχει σοβαρή αναπηρία, δεν διαθέτει μόνιμη στέγη ή ζει χωρίς επίσημο νομικό καθεστώς).

Εικόνα 2.2.1. “Ο Τροχός Εξουσίας / Προνομίου³”

Ο Τροχός Εξουσίας / Προνόμιου



Γραφική απεικόνιση που δημιουργήθηκε
από την ομάδα του EU-MiCare © 2025

Σημείωση: Το γράφημα βασίζεται σε απεικόνιση από την @sylviaaduckworth, με πληροφορίες από το Καναδικό Συμβούλιο Προσφύγων.

³ Σημειώνεται ότι ο όρος cisgender (που αναφέρεται με τη συντομογραφία του στο γράφημα ως cis) σημαίνει ότι ένα άτομο νιώθει οικεία με το φύλο που του ή της αποδόθηκε κατά τη γέννηση. Τα άτομα που δεν είναι cis ονομάζονται τρανς.

Αν τοποθετήσετε τον εαυτό σας στον τροχό κατά μήκος των διαφόρων κατηγοριών, θα παρατηρήσετε ότι η θέση σας είναι πιο κοντά στο κέντρο σε ορισμένες περιπτώσεις, ενώ σε άλλες μπορεί να βρίσκεστε πιο έξω από τον τροχό. Το ίδιο συμβαίνει με μετανάστες και πρόσφυγες που μπορεί να συναντήσετε σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον. **Αν και ο τροχός περιλαμβάνει πολλές σημαντικές πτυχές της ταυτότητας, δεν είναι εξαντλητικός.** Μπορούν να προστεθούν και άλλες κατηγορίες⁴, ενώ κάποιες μπορεί να διαδραματίζουν δευτερεύοντα ρόλο για ορισμένα άτομα ή σε συγκεκριμένες συνθήκες. **Υπάρχουν πολυάριθμες διαστάσεις που επηρεάζουν τις βιωμένες εμπειρίες των μεταναστών και των προσφύγων, τόσο θετικά όσο αρνητικά.** Μπορείτε να βρείτε μια ενδεικτική, μη εξαντλητική λίστα χαρακτηριστικών της ταυτότητας στο  **Αποθετήριο** (βλ. 2.2 – Έντυπο 1. «Μια μη εξαντλητική λίστα ταυτοτικών χαρακτηριστικών»).

Η ψυχική υγεία είναι μία από τις κατηγορίες του τροχού και αυτό αναδεικνύει τη διπλή της σύνδεση τόσο με προνομιούχες όσο και με περιθωριοποιημένες θέσεις. Άτομα με σταθερή ψυχική υγεία έχουν συνήθως μεγαλύτερη ευκολία περιήγησης μέσα στα διάφορα κοινωνικά και διοικητικά συστήματα σε σύγκριση με άτομα με ευπάθειες στην ψυχική τους υγεία. Αυτή η δυναμική, ωστόσο, είναι βαθιά συνυφασμένη με άλλες διαστάσεις της ταυτότητας, που ποικίλλουν σε ένταση και αντίκτυπο:

- **Ιθαγένεια/Νομικό καθεστώς:** Η παρατεταμένη ανασφάλεια σε σχέση με το νομικό καθεστώς επιδεινώνει σημαντικά την ψυχική υγεία των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα. Όπως είδαμε στο Μάθημα 1, Ενότητα 1.2, καταστάσεις όπως η κράτηση, οι περιορισμοί στην ελευθερία κίνησης και οι επισφαλείς συνθήκες στέγασης συνδέονται με αρνητικά αποτελέσματα για την ψυχική υγεία [1,2,3].
- **Εμφάνιση/Χρώμα δέρματος:** Οι ορατοί δείκτες διαφορετικότητας, όπως το χρώμα του δέρματος ή η πολιτισμική ενδυμασία, αυξάνουν τον κίνδυνο να βιώσει ένα άτομο διακρίσεις ή ρατσιστική βία. Τέτοιες εμπειρίες συνδέονται με αυξημένη ψυχολογική πίεση και δεν κατανέμονται ισότιμα – εξαρτώνται, δηλαδή, σε μεγάλο βαθμό από τη φυλή και την εθνική ταυτότητα. Άτομα που γίνονται εύκολα αντιληπτά ως «ξένα» ή «διαφορετικά» λόγω εμφάνισης ή ενδυμασίας (π.χ. πιο

⁴ Για παράδειγμα, η αναφορά της αγγλικής γλώσσας στη συγκεκριμένη έκδοση του τροχού καταδεικνύει ότι αυτός έχει αναπτυχθεί σε αγγλόφωνο πλαίσιο και θα μπορούσε να προσαρμοστεί σε μια πιο ουδέτερη «γλώσσα της χώρας».

σκούρο δέρμα ή μαντίλα) διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν διακρίσεις και επιθετική συμπεριφορά. Αντίθετα, όσοι και όσες «χωρούν» πιο εύκολα στις κυρίαρχα λευκές, ευρωπαϊκές κοινωνίες έχουν μικρότερη πιθανότητα να βιώσουν τέτοιες καταστάσεις [4,5,6]. Αυτές οι ανισότητες αναδεικνύουν το δυσανάλογο βάρος που επωμίζονται ομάδες με εμφανή περιθωριοποιημένα χαρακτηριστικά σε ό,τι αφορά την ψυχική τους υγεία.

- **Φύλο:** Στην ψυχική υγεία, τα πρότυπα συχνά ευθυγραμμίζονται με τις παραδοσιακές αντιλήψεις περί θηλυκότητας και αρρενωπότητας, καθώς και με τις προσδοκίες των έμφυλων ρόλων. Οι γυναίκες έχουν γενικά περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχές εσωτερίκευσης, όπως άγχος και κατάθλιψη, οι οποίες συχνά περιλαμβάνουν ενοχές και αυτομομφή [7]. Αντίθετα, οι άνδρες είναι πιο επιρρεπείς σε διαταραχές εξωτερίκευσης, όπως η επιβλαβής χρήση ουσιών ή η εξάρτηση, οι οποίες συχνά εκδηλώνονται ως επιθετική ή συγκρουσιακή συμπεριφορά [8,9]. Παράλληλα, οι πρόσφατες εξελίξεις στην έρευνα για την ψυχική υγεία υπογραμμίζουν **την ανάγκη να καταγραφούν καταστάσεις που αναδύονται στο σταυροδρόμι του φύλου και άλλων παραγόντων, όπως η φυλή και η τάξη.**



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε πάνω στη θέση σας στον κόσμο

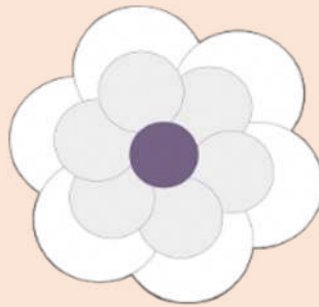
χρησιμοποιώντας το Λουλούδι των Ταυτοτήτων και της Ισχύος (Power Flower)

Σχεδιάστε ένα μεγάλο λουλούδι σε ένα κομμάτι χαρτί, ακολουθώντας το παρακάτω παράδειγμα. Δώστε σε 6-7 πέταλα κατηγορίες ταυτότητας που σχετίζονται με το δικό σας κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο – για παράδειγμα: φύλο, φυλή, κοινωνική τάξη, θρησκεία, οικογενειακή δομή, εκπαίδευση, ικανότητα/αναπηρία ή γεωγραφική καταγωγή. Στο κέντρο του λουλουδιού, τοποθετήστε την εθνικότητά σας (π.χ. Ισπανίδα). Τα εσωτερικά πέταλα αντιπροσωπεύουν τις δικές σας ταυτότητες σε κάθε κατηγορία (π.χ. φύλο: Γυναίκα, θρησκεία: Μουσουλμάνο). Τα εξωτερικά πέταλα δείχνουν τις κυρίαρχες ή κοινωνικά προνομιούχες ταυτότητες στις ίδιες κατηγορίες (δηλ. εκείνες που ιστορικά είχαν, και συνεχίζουν να έχουν, περισσότερη επιρροή και πρόσβαση σε πόρους – π.χ. φύλο: Άνδρας, θρησκεία: Καθολική).

(συνέχεια στην επόμενη σελίδα)

Αφού συμπληρώσετε τα δικά σας χαρακτηριστικά στα πέταλα, αναστοχαστείτε πάνω στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Πόσα από τα προσωπικά σας χαρακτηριστικά διαφέρουν από την κυρίαρχη ταυτότητα;
- Ποια από τα χαρακτηριστικά σας είναι σταθερά ή αμετάβλητα;
- Τι μαθαίνετε από αυτό σχετικά με τη δική σας θέση εξουσίας ή την ικανότητά σας να ασκείτε επιρροή;
- Πώς μπορεί αυτή η επίγνωση να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζετε τη δουλειά σας με μετανάστες και πρόσφυγες;



Πηγή: [JASS \(Just Associates\): We Rise Toolkit](#)

και προσαρμόστηκε από την ομάδα του EU-MiCare για τους σκοπούς αυτού του μαθήματος.

3. Η διαθεματικότητα ως ερμηνευτικός φακός για την κατανόηση της πολυπλοκότητας

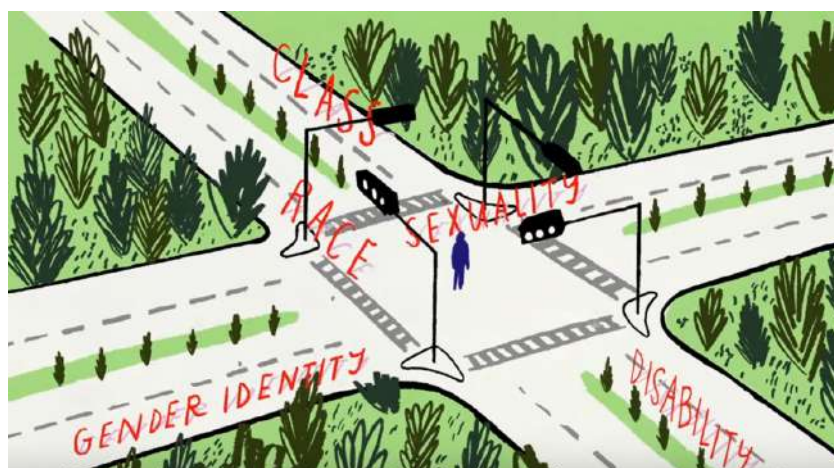
Όπως είδαμε και νωρίτερα, κάθε άτομο καταλαμβάνει ταυτόχρονα πολλές θέσεις μέσα σε διαφορετικές διαστάσεις της ταυτότητάς του. Ωστόσο, για να τις κατανοήσουμε ουσιαστικά, δεν αρκεί απλώς να τις απαριθμήσουμε ή να τις προσθέσουμε. Χρειάζεται να εξετάσουμε το πώς αλληλοεπιδρούν και διασταυρώνονται μεταξύ τους και το πώς επηρεάζονται αμοιβαία. Μια τέτοια προσέγγιση μας βοηθά να δούμε τη σύνθετη και διασυνδεδεμένη φύση της ταυτότητας και τον σωρευτικό αντίκτυπο των εμπειριών ισχύος ή περιθωριοποίησης.

Η έννοια της **διαθεματικότητας** (intersectionality) μας προσφέρει πολύτιμα εργαλεία για να κατανοήσουμε αυτές τις αλληλεπιδράσεις. Έχει τις ρίζες της στους κοινωνικούς αγώνες και στο κίνημα για τα πολιτικά δικαιώματα στις Ηνωμένες Πολιτείες τη δεκαετία του 1970, **όταν άρχισαν να αναδεικνύονται οι πολλαπλές και ταυτόχρονες διακρίσεις που αντιμετώπιζαν οι Αφροαμερικανές γυναίκες** – λόγω τόσο του φύλου όσο και της φυλής τους (υφίσταντο, δηλαδή, ταυτόχρονα σεξισμό όσο και ρατσισμό). Για μεγάλο χρονικό διάστημα, η έννοια παρέμεινε περιορισμένη στους φεμινιστικούς κύκλους και τον ακαδημαϊκό χώρο. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, η διαθεματικότητα υιοθετείται όλο και περισσότερο ως προσέγγιση και σε άλλα πεδία, όπως η ανάλυση των ανισοτήτων στην υγεία.

→ **BINTEO:** [Τι είναι η έννοια της Διαθεματικότητας;](#) (EN) 

Ο όρος καθιερώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 από την Αφροαμερικανή δικηγόρο και κοινωνιολόγο Kimberlé Crenshaw [10,11]. Στη νομική της επιστήμη, χρησιμοποίησε τη **μεταφορά μιας διασταύρωσης (intersection)** για να εξηγήσει τους πολύπλοκους τρόπους με τους οποίους διαφορετικά σημεία ταυτότητας (όπως φύλο, φυλή, κοινωνική τάξη) διασταυρώνονται με διάφορες μορφές διακρίσεων και καταπίεσης, όπως απεικονίζεται στην Εικόνα 2.2.2 παρακάτω.

Εικόνα 2.2.2. “Η Διαθεματικότητα ως σταυροδρόμι”



Σημείωση: Στιγμιότυπο από το Εθνικό Μουσείο Αφροαμερικανικής Ιστορίας και Πολιτισμού (NMAAHC) (2017): #APeoplesJourney: YouTube [28.03.2024].

Η έννοια της διαθεματικότητας έχει πλέον καθιερωθεί ως βασικό εργαλείο στην κοινωνική θεωρία, καθώς μας βοηθά να κατανοήσουμε πώς διαφορετικές κοινωνικές κατηγορίες διασταυρώνονται και συνυπάρχουν, παράγοντας μοναδικές εμπειρίες ανισότητας και αδικίας.

Το καινοτόμο στοιχείο της διαθεματικής σκέψης είναι ότι δεν βλέπει τις κατηγορίες ταυτότητας ξεχωριστά ή μεμονωμένα. Αντιθέτως, τονίζει ότι **δρουν ταυτόχρονα, επικαλύπτονται και αλληλοεπηρεάζονται**. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να βιώνει διακρίσεις λόγω του φύλου του, αλλά να έχει προνόμια εξαιτίας της κοινωνικής του τάξης. **Η διαθεματικότητα μας προσκαλεί να δούμε αυτές τις πολυεπίπεδες εμπειρίες όχι ως προσθαφαίρεση, αλλά ως σύνθετα, αλληλένδετα συστήματα που καθορίζουν την καθημερινή ζωή.**

→ **BINTEO:** [Διαθεματικότητα και Υγεία](#) (EN) 

→ **BINTEO:** [Διαθεματικότητα και Ψυχική Υγεία](#) (EN) 

Στην περίπτωση των μεταναστών και των προσφύγων, μια διαθεματική προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει το επαγγελματικό προσωπικό να αναγνωρίσει πώς ξεκινούν οι διαδικασίες διακρίσεων και αποκλεισμού. Επιπλέον, αναδεικνύει το πώς η πρόσβαση σε πόρους και οι φραγμοί στη συμμετοχή και τη λήψη αποφάσεων καθορίζονται από την αλληλεπίδραση διαφορετικών κοινωνικών ταυτοτήτων. Το παρακάτω παράδειγμα δείχνει πώς αυτή η οπτική μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση σύνθετων, πραγματικών καταστάσεων:

(...) μια νεαρή γυναίκα Ρομά υφίσταται διακρίσεις στην αγορά εργασίας επειδή (i) είναι Ρομά και θεωρείται «επικίνδυνη», (ii) είναι γυναίκα και επομένως «είναι βέβαιο ότι θα αποκτήσει σύντομα παιδιά» και (iii) είναι νέα και επομένως «άπειρη». Αυτές οι περιστάσεις ή αλληλεπικαλυπτόμενοι παράγοντες δημιουργούν μια σύνθετη μορφή διάκρισης που δεν μπορεί να γίνει κατανοητή με την απλή πρόσθεση κάθε μεμονωμένου κριτηρίου. Καθώς θεωρείται άπειρη, η γυναίκα μοιράζεται ορισμένες εμπειρίες διακρίσεων με άλλους νέους ανθρώπους· καθώς αναμένεται να αναλάβει έναν παραδοσιακό γυναικείο ρόλο, έχει κοινές εμπειρίες με άλλες γυναίκες· και καθώς θεωρείται επικίνδυνη, βιώνει κοινές διακρίσεις με την ευρύτερη κοινότητα των Ρομά, συμπεριλαμβανομένων των ανδρών. Αυτό που κάνει όμως την εμπειρία της ξεχωριστή είναι ο συνδυασμός όλων αυτών των χαρακτηριστικών μαζί. [12].

Παρόλο που η έννοια της διαθεματικότητας χρησιμοποιείται συχνά για την κατανόηση διακρίσεων και καταπίεσης (όπως στο παραπάνω παράδειγμα) **μπορεί επίσης να αναδείξει δυνατότητες και ευκαιρίες που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση διαφορετικών διαστάσεων της ταυτότητας**. Οι επαγγελματίες και οι εθελοντές/-τριες που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες καλούνται να αναγνωρίσουν την πολυπλοκότητα των ζωών των ανθρώπων με τους οποίους συνεργάζονται, **ζωές που περιλαμβάνουν ταυτόχρονα προνόμια, διακρίσεις και διαθέσιμους πόρους**. Η διαθεματικότητα μπορεί να τους βοηθήσει να δουν όχι μόνο τους παράγοντες που δυσχεραίνουν τη ζωή τους (π.χ. αποκλεισμός λόγω φύλου ή σεξουαλικού προσανατολισμού, εμπειρίες αποκλεισμού και καθοδικής κοινωνικής κινητικότητας λόγω εθνικότητας), αλλά και **τα στοιχεία εκείνα που, αν υποστηριχθούν κατάλληλα, μπορούν να μετατραπούν σε ευκαιρία και να ανοίξουν μελλοντικές προοπτικές** (π.χ. εμπειρίες ένταξης σε μια κοινωνική ή θρησκευτική κοινότητα, ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και γνώσεων, κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί).

© **Καίριο σημείο: Διαθεματικότητα στην πράξη**

Πώς μπορούν οι μάλλον αφηρημένες έννοιες αυτής της ενότητας να εφαρμοστούν από επαγγελματίες και εθελοντές/-τριες που εργάζονται στο πεδίο; Πώς μπορούμε να ενθαρρύνουμε την αλλαγή στάσης και οπτικής; Ακολουθούν μερικές πρακτικές προτάσεις:

- Δείτε την κουλτούρα ως μία μόνο πτυχή της ταυτότητας. Οι προσωπικές μας ιστορίες είναι πάντα πιο σύνθετες από την κουλτούρα στην οποία μεγαλώσαμε – το ίδιο ισχύει και για τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύετε.
- Επικεντρωθείτε στη μοναδικότητα κάθε ατόμου και αποφύγετε την κατασκευή στερεοτύπων για τα άτομα ως εκπροσώπων μιας συγκεκριμένης κουλτούρας. Αν θέλετε να καταλάβετε τι σημαίνει η κουλτούρα γι' αυτήν ή αυτόν, ρωτήστε την/τον ανοιχτά.
- Αναγνωρίστε ότι όλοι οι άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού σας, επηρεαζόμαστε από πολιτισμικές πτυχές που διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο σκεφτόμαστε, ενεργούμε και αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο. Σκεφτείτε ότι το δικό σας

πολιτισμικό υπόβαθρο (μαζί με άλλους παράγοντες) μπορεί να επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις αξιολογήσεις σας για καταστάσεις ή συμπεριφορές.

- Μην σταματάτε στην “πολιτισμική επάρκεια” ως το μοναδικό εργαλείο για την παροχή υποστήριξης. Η γνώση για μια κουλτούρα μπορεί να είναι χρήσιμη, αλλά οι πραγματικές σχέσεις χτίζονται μέσα από τη σύνδεση, την αμοιβαιότητα και την αναγνώριση των κοινών μας εμπειριών.
- Αξιοποιήστε τη διαθεματικότητα ως έναν ερμηνευτικό φακό για να κατανοήσετε τις σύνθετες συνθήκες ζωής των ατόμων που υποστηρίζετε. Εξετάστε την αλληλεπίδραση διαφόρων κοινωνικών διαστάσεων (όπως το φύλο, η ηλικία, το νομικό καθεστώς) και διερευνήστε πώς αυτοί οι παράγοντες μπορούν να δημιουργήσουν πόρους και αποθέματα που θα βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις.
- Αναστοχαστείτε! Η κοινωνική σας θέση, οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις σας παίζουν ρόλο στις συναντήσεις σας με τους ανθρώπους με τους οποίους συνομιλείτε. Εργαλεία όπως ο «Τροχός Εξουσίας/Προνομίου» ή το «Λουλούδι των Ταυτοτήτων και της Ισχύος» μπορούν να ενισχύσουν την επίγνωσή σας γύρω από το πώς η δική σας ταυτότητα επηρεάζει το έργο σας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A systematic review of factors affecting mental health and well-being of asylum seekers and refugees in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643704. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.643704>
- [2] Boettcher, V. S., & Neuner, F. (2022). The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clinical Psychology in Europe*, 4(1), e6587. <https://doi.org/10.32872/cpe.6587>
- [3] PICUM (2022). *Insecure residence status, mental health and resilience* (Briefing Paper). Retrieved July 16, 2024, from the PICUM website. https://picum.org/our-publications/?_languages=english
- [4] Williams, D. R., Lawrence, J. A., Davis, B. A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. *Health Services Research*, 54(Suppl 2), 1374–1388. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>
- [5] Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2016). *Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland*. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
- [6] Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The effects of perceived discrimination on immigrant and refugee physical and mental health. *Advances in Medical Sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- [7] Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and Health*, 14, 44. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00291-z>
- [8] Barbieri, D., García Cazorla, A., & Thil, L. (2021). *Gender Equality Index 2021: Health*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2839/834132>
- [9] World Health Organization (2002). *Gender and mental health*. Geneva: WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/68884>
- [10] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139–167.
- [11] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241–1299.
- [12] Fredman, S. (2016). *Intersectional discrimination in EU gender equality and non-discrimination law*. Publications Office. European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers. <https://data.europa.eu/doi/10.2838/241520>

Ενότητα 2.3: Διαδικασίες ανίχνευσης και εκτίμησης ψυχικών προκλήσεων σε μετανάστες και πρόσφυγες

Επισκόπηση ενότητας

Η παρούσα διδακτική ενότητα προσφέρει πρακτικές κατευθύνσεις στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται με ανθρώπους με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία σχετικά με την αναγνώριση και εκτίμηση των ψυχικών αναγκών των τελευταίων. Επισημαίνει τους περιορισμούς των σημερινών διαγνωστικών εργαλείων και εισάγει στρατηγικές για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας μέσα από μια διαπολιτισμική οπτική, εστιάζοντας στην αποτελεσματική ανίχνευση και τα δίκτυα παραπομπής. Στο πλαίσιο αυτό, παρουσιάζεται μια συντομευμένη έκδοση της Συνέντευξης Πολιτισμικής Διατύπωσης (CFI) από το DSM-5, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί ως εργαλείο για τη δημιουργία μιας κοινής κατανόησης ανάμεσα στο άτομο που αναζητά βοήθεια και στον/στην επαγγελματία. Επιπλέον, η ενότητα περιλαμβάνει μια σε βάθος διερεύνηση της εκτίμησης του κινδύνου αυτοκτονίας στο πλαίσιο της φροντίδας μεταναστών και προσφύγων.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Ένα πλαίσιο αναφοράς για την εκτίμηση ψυχικών αναγκών σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία](#)
3. [Συμπεράσματα για τη διάγνωση και την εκτίμηση](#)
4. [Αξιολόγηση ψυχικών αναγκών: Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης \(CFI\)](#)
5. [Κομβικές πτυχές της εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονίας](#)

1. Εισαγωγή

Όπως είδαμε σε προηγούμενες ενότητες, η εκτίμηση ψυχικής υγείας σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία συνιστά σημαντική πρόκληση. Τα παραδοσιακά εργαλεία εκτίμησης και αξιολόγησης –τα οποία έχουν αναπτυχθεί κυρίως σε δυτικά πλαίσια– συχνά συναντούν

δυσκολίες στην ακριβή απεικόνιση και κατανόηση των προκλήσεων ψυχικής υγείας σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό και γλωσσικό υπόβαθρο. Το κενό αυτό αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για πολιτισμικά ευαίσθητα και προσαρμοσμένα εργαλεία που λαμβάνουν υπόψη τις διαφοροποιημένες εμπειρίες των μεταναστευτικών και προσφυγικών πληθυσμών.

Η παρούσα ενότητα παρέχει μια επισκόπηση ενδεδειγμένων προτύπων και συστάσεων που θα βοηθήσουν το επαγγελματικό προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο να εκτιμά τις ανάγκες ψυχικής υγείας μεταναστών και προσφύγων από μια θέση πολιτισμικής ταπεινότητας.

2. Ένα πλαίσιο αναφοράς για την εκτίμηση ψυχικών αναγκών σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από ποικιλομορφία

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε μετανάστες και πρόσφυγες συχνά περιλαμβάνουν πολλαπλά στάδια, το καθένα από τα οποία απαιτεί προσαρμοσμένες προσεγγίσεις και κατάλληλα εργαλεία ώστε να ανταποκρίνονται στις πολυσύνθετες ανάγκες του πληθυσμού αυτού. Η διεπιστημονική συνεργασία είναι ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως όταν οι συνθήκες είναι περίπλοκες και οι διαθέσιμοι πόροι περιορισμένοι. Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι η γνώση και η εμπειρία από διάφορους τομείς (όπως η υγεία, η εκπαίδευση, η νομική υποστήριξη, η παιδική προστασία και η ψυχοκοινωνική φροντίδα) συνδυάζονται προκειμένου να διαμορφωθεί ένα πολυεπίπεδο και συντονισμένο σύστημα υποστήριξης. Η σαφής οριοθέτηση των ρόλων και η στρατηγική ενσωμάτωση των εξειδικευμένων γνώσεων κάθε επαγγελματικού πεδίου ενισχύει τη συνοχή της παρέμβασης και διασφαλίζει την κατάλληλη ανταπόκριση σε κάθε στάδιο.

Προς αυτή την κατεύθυνση, το ακόλουθο πλαίσιο αναδεικνύει τρία θεμελιώδη και αλληλένδετα βήματα στην εκτίμηση ψυχικής υγείας [1,3]:

- 1) **Ανίχνευση και εκτίμηση**, για τις οποίες είναι απαραίτητο να υπάρχουν **κατάλληλα εργαλεία και προσεγγίσεις** που θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση των δύο επόμενων βημάτων. → Εργαλεία και προσεγγίσεις για την εκτίμηση ψυχικών αναγκών

Η φάση αυτή στοχεύει στην αξιολόγηση των ειδικών αναγκών και ανησυχιών του ατόμου και απαιτεί πολιτισμικά ευαίσθητες προσεγγίσεις και κατάλληλα εργαλεία που να λαμβάνουν υπόψη την πολυπλοκότητα της εμπειρίας του. Οι προσυμπτωματικοί έλεγχοι και οι εκτιμήσεις παίζουν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό του κατά πόσο οι ανάγκες αυτές μπορούν να καλυφθούν εντός του πεδίου εξειδίκευσης του/της επαγγελματία ή του εθελοντικού προσωπικού. Τα εργαλεία εκτίμησης πρέπει να καλύπτουν σφαιρικά τομείς όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου και η πρόσβαση σε νομικούς ή εκπαιδευτικούς πόρους [2].

2) Παρέμβαση, η οποία παρέχεται στο πλαίσιο της εξειδίκευσής που έχει κάθε επαγγελματίας και με τη χρήση αξιόπιστων στρατηγικών παρέμβασης. → Αξιόπιστες στρατηγικές παρέμβασης

Η προσαρμογή των παρεμβάσεων στις ειδικές ανάγκες και ανησυχίες του ατόμου είναι καθοριστική για τη διευκόλυνση της προσαρμογής του σε ένα νέο περιβάλλον και τη μείωση του μεταναστευτικού στρες. Αυτό προϋποθέτει τη χρήση διεπιστημονικών μεθόδων, οι οποίες περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνική συμβουλευτική, προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, κατάρτισης και απασχόλησης, παρεμβάσεις κοινωνικής ένταξης, καθώς και νομική υποστήριξη. Οι στρατηγικές παρέμβασης οφείλουν να ανταποκρίνονται άμεσα στις τρέχουσες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο. Παράλληλα, είναι εξίσου σημαντικό να αναγνωρίζουμε και να σεβόμαστε τόσο τα επαγγελματικά όσο και τα προσωπικά μας όρια.

3) Παραπομπή, όταν πρέπει να κινητοποιηθούν υποστηρικτικοί πόροι και απαιτείται η παρέμβαση άλλων επαγγελματιών. → Κινητοποίηση πόρων και ευαισθητοποίηση δικτύων παραπομπής

Ένα καλά ενημερωμένο επαγγελματικό ή εθελοντικό προσωπικό, που δραστηριοποιείται εντός ενός ευρέως δικτυωμένου πλαισίου πόρων, είναι καλύτερα εξοπλισμένο να προσεγγίζει τις παρεμβάσεις με αυτοπεποίθηση, μειώνοντας έτσι το αίσθημα απομόνωσης που συχνά συνοδεύει τα περίπλοκα σενάρια της πραγματικής ζωής. Η χαρτογράφηση των διαθέσιμων υπηρεσιών θα πρέπει να προηγείται της διαδικασίας ανίχνευσης και αξιολόγησης, ώστε να διασφαλίζεται η ύπαρξη αποτελεσματικών και προσβάσιμων διαύλων (pathways) παραπομπής [4].

Η συνεργασία με οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, με τους δήμους και τις τοπικές αρχές είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση των προσπαθειών υποστήριξης. Η δημιουργία σταθερών, διαπροσωπικών σχέσεων με σημεία αναφοράς σε ποικίλες υπηρεσίες διευκολύνει την απρόσκοπτη και ολιστική παραπομπή. Τα δίκτυα παραπομπής οφείλουν να περιλαμβάνουν κρίσιμες υπηρεσίες όπως ιατρική φροντίδα, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νομική συμβουλευτική, κοινωνικές υπηρεσίες, πολιτισμική διαμεσολάβηση και υποστήριξη στην απασχόληση. Οι υπηρεσίες αυτές είναι καθοριστικές για την ψυχοκοινωνική ευημερία ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία [3,4].

3. Συμπεράσματα για τη διάγνωση και την εκτίμηση

Όπως συζητήθηκε στο Μάθημα 1, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε θέματα ψυχικής υγείας λόγω παραγόντων όπως το στρες επιπολιτισμού, τα γλωσσικά εμπόδια, οι κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες και οι εμπειρίες αντιξοότητας ή διακρίσεων. Το δυσφορικό στρες μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικό τρόπο στις διάφορες κουλτούρες, γεγονός που καθιστά ζωτικής σημασίας για τους προσωπικό ψυχικής υγείας να χρησιμοποιεί εργαλεία εκτίμησης που είναι τόσο πολιτισμικά συναφή όσο και εμπειρικά έγκυρα.

Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η ενσωμάτωση της πολιτισμικής ταπεινότητας στη διαγνωστική διαδικασία είναι απαραίτητη. Αυτό περιλαμβάνει την κατανόηση των πολιτισμικών εννοιών του δυσφορικού στρες, τη διασφάλιση της γλωσσικής ακρίβειας και την εξέταση των πολιτισμικών πεποιθήσεων σχετικά με την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η συνεχής κατάρτιση των επαγγελματιών είναι απαραίτητη για την αναγνώριση και τη μείωση των προκαταλήψεων, διασφαλίζοντας την αποτελεσματική επικοινωνία με άτομα από διαφορετικά υπόβαθρα. Ο παρακάτω πίνακας περιγράφει ορισμένους συνιστώμενους παράγοντες για την επιλογή εργαλείων ανίχνευσης προκλήσεων ψυχικής υγείας σε δια-πολιτισμικά πλαίσια [1,4].

Επιλογή εργαλείων ανίχνευσης προκλήσεων ψυχικής υγείας σε δια-πολιτισμικά πλαίσια

Εγκυρότητα	Διασφάλιση ότι το εργαλείο μετράει αυτό που σκοπεύει να μετρήσει εντός του συγκεκριμένου πολιτισμικού πλαισίου.

Αξιοπιστία	Εξασφάλιση συνεχών και σταθερών αποτελεσμάτων μέσω της χορήγησης σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες.
Γλωσσική συνάφεια	Διασφάλιση ότι η γλώσσα που χρησιμοποιείται στο εργαλείο είναι κατάλληλη και κατανοητή για τον πληθυσμό-στόχο.
Πολιτιστική ευαισθησία	Διασφάλιση ότι το εργαλείο λαμβάνει υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές και σέβεται τους πολιτισμικούς κανόνες και αξίες.
Διαπολιτισμική ισοδυναμία	Η ισοδυναμία (δηλαδή ο βαθμός στον οποίο το εργαλείο μετρά με ακρίβεια την ίδια κατασκευή σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες) αποτελεί κεντρικό κριτήριο για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των δοκιμασιών σε διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες και ευθυγραμμίζεται με την αξιοπιστία των δοκιμασιών. Για να εξασφαλιστεί αυτή η αξιοπιστία κατά τη μετάφραση των τεστ ανίχνευσης, είναι απαραίτητη η πλήρης ισοδυναμία. Αυτό μας επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι οι διαφορές μεταξύ των πληθυσμών αντανακλούν θεμελιώδεις διαφορές. • Γλωσσική ισοδυναμία (δηλ. μέσω ακριβούς μετάφρασης) • Πολιτιστική ισοδυναμία (δηλ. ίδια ερμηνεία της σημασίας των στοιχείων ενός ερωτηματολογίου ή μιας δοκιμασίας παρά τις πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές)

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από Galesmer, Brähler, & von Lersner, 2012, όπως αναφέρεται στο von Lersner & Kizilhan, 2017.

Αναγνωρίζοντας τους συνεχιζόμενους περιορισμούς στην ανάπτυξη έγκυρων, αξιόπιστων, πολύγλωσσων και πολιτισμικά ευαίσθητων μέσων, ένας κατάλογος συνιστώμενων ψυχομετρικών εργαλείων παρέχεται στο  **Αποθετήριο** (βλ. 2.3 - Έντυπο 1. «Κατάλογος συνιστώμενων ψυχομετρικών εργαλείων»). Αυτά περιλαμβάνονται επειδή πληρούν βασικά κριτήρια: έχει τεκμηριωθεί η συνάφειά τους με τους δείκτες που μετρούν ή/και είναι διαθέσιμα σε πολλές γλώσσες. Ωστόσο, ο κατάλογος αυτός δεν είναι εξαντλητικός ή οριστικός, καθώς η έρευνα και η ανάπτυξη αποτελεσματικών εργαλείων συνιστούν μια συνεχή διαδικασία.

© **Καίριο σημείο:** Σημείωση για τη διάγνωση και την κλινική εκτίμηση

Η κλινική εκτίμηση των ψυχικών προκλήσεων μεταξύ μεταναστών και προσφύγων βρίθκει σημαντικών **φραγμών που περιπλέκουν την ακριβή διάγνωση και θεραπεία**. Τα εμπόδια αυτά προκύπτουν από έναν συνδυασμό παραγόντων. Τα σημεία που αναφέρονται στη συνέχεια περιγράφουν τις βασικές

προκλήσεις για την αποτελεσματική εκτίμηση και αντιμετώπιση ψυχικών προκλήσεων σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς [4]:

- Έλλειψη αξιόπιστων και πολιτισμικά κατάλληλων εργαλείων για τον εντοπισμό κοινών ψυχικών διαταραχών σε διαφορετικούς πληθυσμούς μεταναστών και προσφύγων.
- Ανεπαρκείς διαδικασίες ανίχνευσης, λόγω της χρήσης μέσων που δεν έχουν αναπτυχθεί ή σταθμιστεί και επικυρωθεί ειδικά για αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες.
- Περιορισμένη κατανόηση του επιπολασμού, της χρονιότητας (persistence) και του κόστους των ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες και τους νεοεισερχόμενους πρόσφυγες, καθώς και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας της ανίχνευσης και θεραπείας.
- Πολιτισμικές ή εννοιολογικές διαφορές στις αντιλήψεις για την υγεία, που μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αναζητούν βοήθεια.
- Υφιστάμενες ανισότητες στην πρόσβαση και την ποιότητα της ψυχιατρικής φροντίδας στις χώρες υποδοχής, που επιδεινώνονται λόγω γλωσσικών φραγμών, στίγματος έλλειψης πολιτισμικά κατάλληλων παρόχων, διοικητικών και οργανωτικών προκλήσεων στην παροχή υπηρεσιών.
- Δυσκολία διάκρισης ανάμεσα σε προϋπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις και ψυχολογικές δυσκολίες που απορρέουν από τραυματικές εμπειρίες και αντιξοότητες, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις.
- Συμπεριφορές ή εμπειρίες που μπορεί να θεωρούνται από δυτικής προέλευσης επαγγελματίες ως ενδείξεις σοβαρής ψυχοπαθολογίας (όπως π.χ. ψυχωτικά φαινόμενα), ενδέχεται να έχουν πολιτισμική, θρησκευτική ή πνευματική σημασία και να χρήζουν διαφορετικής ερμηνείας.

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποτελούν ετερογενείς πληθυσμούς, οι οποίοι συχνά παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων. Θεωρητικά, ένα εργαλείο ανίχνευσης θα έπρεπε να είναι σε θέση να εντοπίζει με ακρίβεια τα πιο αντιπροσωπευτικά συμπτώματα που προβλέπουν κοινές ψυχικές διαταραχές σε διαφορετικές ομάδες προσφύγων, επιτυγχάνοντας υψηλή διαγνωστική ακρίβεια. Στην πράξη, ωστόσο, κάτι τέτοιο αποδεικνύεται ιδιαίτερα δύσκολο, λόγω της πολυπλοκότητας και της ποικιλομορφίας των εμπειριών αυτών των ομάδων, καθώς και της επίδρασης

πολυάριθμων ατομικών, πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων στην εκδήλωση και την έκφραση των συμπτωμάτων.

4. Αξιολόγηση ψυχικών αναγκών: Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης (CFI)

Όπως είδαμε στην Ενότητα 2.1, ανάλογα με το ερμηνευτικό μοντέλο που μπορεί να έχει ένα άτομο σχετικά με ορισμένες προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζει, σε συνδυασμό με το πιθανό στίγμα που περιβάλλει την έκφραση ψυχικών ζητημάτων, μπορεί να νιώθει περισσότερο ή λιγότερο άνετα να συζητήσει δικά του θέματα με τους επαγγελματίες υγείας. Για παράδειγμα, εάν ένα άτομο έχει ένα πιο σωματικό επεξηγηματικό μοντέλο για τα συμπτώματα άγχους (π.χ. «δυσκολία στην αναπνοή») και φοβάται ότι θα απορριφθεί επειδή αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας, μπορεί να θεωρεί ιδιαίτερα δύσκολο να αντιμετωπίσει ερωτήσεις που σχετίζονται με τις εμπειρίες του, όπως αντιξοότητες που έχει βιώσει ή ακόμη και να ονομάσει και να αποδεχθεί δυσάρεστα συναισθήματα.

Η Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης (CFI) αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μέρος της πέμπτης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) για να χτίσει γέφυρες επικοινωνίας μεταξύ του εργαζόμενου στο πεδίο και του ατόμου που ζητά βοήθεια (βλ. επίσης Ενότητα 2.1) [5]. Η CFI βασίζεται στο έργο του Arthur Kleinman, διακεκριμένου ψυχιάτρου και ανθρωπολόγου. Το μοντέλο πολιτισμικής διατύπωσης του Kleinman τονίζει τη σημασία της κατανόησης του πολιτισμικού πλαισίου στο οποίο εμφανίζονται τα συμπτώματα ψυχικής υγείας, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως η πολιτισμική ταυτότητα, το κοινωνικό πλαίσιο και το νόημα της ασθένειας εντός διαφορετικών πολιτισμικών πλαισίων.

Με την CFI καταβάλλεται προσπάθεια να αντιμετωπισθούν οι περιορισμοί των παραδοσιακών, εθνοκεντρικών διαγνωστικών εργαλείων που συχνά αποτυγχάνουν να λάβουν υπόψη τους τις πολιτισμικές διαφορές στην έκφραση και την κατανόηση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Ως απάντηση στους φραγμούς που περιγράφηκαν στην Ενότητα 2.1 και νωρίτερα στην παρούσα ενότητα, η CFI προσφέρει διάφορα πλεονεκτήματα:

- **Ενισχυμένη διαπολιτισμική επάρκεια:** Εξοπλίζει τους επαγγελματίες με ένα εργαλείο για την κατανόηση και τον σεβασμό των πολιτισμικών διαφορών, το οποίο μπορεί με τη σειρά του να οδηγήσει σε πιο ακριβείς και ενσυναισθητικές εκτιμήσεις.
- **Βελτιωμένη σχέση ασθενούς-ιατρού:** Ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη σχέση μέσω της αναγνώρισης και της απαρτίωσης πολιτισμικών παραγόντων.
- **Ολοκληρωμένες και περιεκτικές εκτιμήσεις:** Εξασφαλίζει ότι οι πολιτισμικές επιρροές στην ψυχική υγεία διερευνώνται συστηματικά, παρέχοντας μια πιο ολιστική και διαφοροποιημένη κατανόηση των κινδύνων, των προστατευτικών και των παραγόντων ενίσχυσης της ανθεκτικότητας του ατόμου.
- **Καθοδήγηση για προσαρμοσμένες παρεμβάσεις:** Οι γνώσεις που αποκτώνται από την CFI μπορούν να οδηγήσουν στην κατάρτιση κατάλληλων, πολιτισμικά ενήμερων σχεδίων παρέμβασης, αυξάνοντας την πιθανότητα επιτυχημένων εκβάσεων.

Παρακάτω παρατίθεται μια σύντομη διερεύνηση προσαρμοσμένη από την Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης του DSM-5. Η πλήρης έκδοση μπορεί να βρεθεί στο  **Αποθετήριο** (βλ. 2.3 – Έντυπο 2. «Complete CFI in English»).

Σύντομη Διερεύνηση προσαρμοσμένη από τη Συνέντευξη Πολιτισμικής Διατύπωσης (CFI) του DSM-5	
Αιτιολόγηση	Ενδεικτική διατύπωση ερώτησης
Πολιτισμικός Ορισμός του Προβλήματος (Κατανόηση των πολιτισμικών ορισμών του προβλήματος)	
Εξερευνήστε την άποψη του ατόμου για τα βασικά προβλήματα και τις βασικές ανησυχίες του. Εστιάστε στον τρόπο με τον οποίο το άτομο κατανοεί το πρόβλημα. Χρησιμοποιήστε τον όρο, την έκφραση ή τη σύντομη περιγραφή που προκύπτει από την ερώτηση στο διπλανό πλαίσιο για να προσδιορίσετε το πρόβλημα σε επόμενες ερωτήσεις (π.χ. «η σύγκρουσή σας με τον γιο σας»).	Τι σας φέρνει εδώ σήμερα; Οι άνθρωποι συχνά αντιλαμβάνονται τα προβλήματά τους με τον δικό τους τρόπο, ο οποίος μπορεί να είναι παρόμοιος ή διαφορετικός από τον τρόπο με τον οποίο περιγράφουν το πρόβλημα οι γιατροί. Εσείς πώς θα περιγράφατε το πρόβλημά σας;
Πολιτισμικά ιδιαίτερες αντιλήψεις σχετικά με την πιθανή αιτία, το πλαίσιο και την υποστήριξη που είναι διαθέσιμη στο άτομο που αναζητά βοήθεια (Προσδιορίστε τις πολιτισμικές αντιλήψεις για την αιτία, το πλαίσιο και τα συστήματα υποστήριξης)	

Η ερώτηση αυτή υποδεικνύει τη σημασία του προβλήματος για το άτομο, η οποία θα μπορούσε να είναι σημαντική για την κλινική αντιμετώπιση. Λάβετε υπόψη ότι τα άτομα μπορεί να εντοπίσουν πολλαπλές αιτίες, ανάλογα με την πτυχή του προβλήματος που τα ενδιαφέρει.	Γιατί νομίζετε ότι σας συνέβη αυτό; Ποιες πιστεύετε ότι είναι οι αιτίες του προβλήματος;
Εστιάστε στις απόψεις των μελών του κοινωνικού δικτύου του ατόμου. Αυτές μπορεί να είναι διαφορετικές και μπορεί να διαφέρουν από αυτές του ατόμου.	Τι πιστεύουν οι άλλοι στην οικογένειά σας, οι φίλοι σας ή άλλα άτομα του περιβάλλοντός σας για τις αιτίες του προβλήματός σας;
Πολιτισμικά ιδιαίτεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης προκλήσεων και προηγούμενα αιτήματα για βοήθεια <i>(Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την αυτο-αντιμετώπιση προκλήσεων και τις προηγούμενες συμπεριφορές αναζήτησης βοήθειας)</i>	
Ρωτήστε για τους διάφορους τύπους επιλογών υποστήριξης (π.χ. ιατρική θεραπεία, ψυχιατρική περίθαλψη, ομάδες υποστήριξης, εργασιακή συμβουλευτική, λαϊκή ιατρική, θρησκευτική ή πνευματική συμβουλευτική και άλλες μορφές παραδοσιακής ή εναλλακτικής θεραπείας).	Οι άνθρωποι συχνά αναζητούν διαφορετικούς τύπους βοήθειας, συμπεριλαμβανομένων διαφορετικών γιατρών, βοηθών ή θεραπευτών. Τι είδους θεραπεία, βοήθεια, συμβουλευτική ή άλλη παρέμβαση έχετε αναζητήσει στο παρελθόν για την κατάστασή σας;
Προσπαθήστε να είναι ξεκάθαρη η εμπειρία του ατόμου και η αξιολόγησή του σχετικά με τη βοήθεια που έλαβε.	Ποια είδη βοήθειας ή θεραπείας ήταν τα πιο χρήσιμα; Ποια δεν ήταν;
Πολιτισμικά ιδιαίτεροι παράγοντες που επηρεάζουν το τρέχον αίτημα για βοήθεια <i>(Αναγνωρίστε τον αντίκτυπο των πολιτισμικών παραγόντων στη σχέση μεταξύ του ατόμου και του επαγγελματία)</i>	
Αποσαφηνίστε τις τρέχουσες ανάγκες και προσδοκίες του ατόμου για βοήθεια, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από το ίδιο, χωρίς περιορισμούς. Εστιάστε στις απόψεις του κοινωνικού του δικτύου σχετικά με τη συμπεριφορά του ατόμου που αναζητά βοήθεια.	Τι είδους βοήθεια πιστεύετε ότι θα ήταν πιο χρήσιμη για το πρόβλημά σας αυτή τη στιγμή;
Διερευνήστε τυχόν ανησυχίες που σχετίζονται με τη θεραπευτική μονάδα ή τη σχέση γιατρού-ασθενούς, συμπεριλαμβανομένου του ρατσισμού, όπως αυτός γίνεται αντιληπτός, των γλωσσικών φραγμών ή των πολιτισμικών διαφορών που μπορεί να επηρεάσουν την προθυμία τους να αναζητήσουν βοήθεια, την επικοινωνία ή την ποιότητα της φροντίδας.	Σας έχει απασχολήσει ποτέ κάτι τέτοιο και υπάρχει κάτι που μπορούμε να κάνουμε για να διασφαλίσουμε ότι θα λάβετε τη θεραπεία που χρειάζεστε;

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από APA/Falkai et al., 2015, όπως αναφέρεται στο Lersner & Kizilhan, 2017

5. Κομβικές πτυχές της εκτίμησης κινδύνου αυτοκτονίας

Για το επαγγελματικό προσωπικό του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η εκτίμηση του κινδύνου αυτοκτονίας σε ανθρώπους που έχουν εκτοπιστεί από τις πατρίδες τους αποτελεί επιτακτική ανάγκη. Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις δείχνουν ότι οι πληθυσμοί αυτοί παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (όπως απόπειρες και ιδεασμός) σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. **Οι εμπειρίες έκθεσης σε αντιξοότητες και η κοινωνική απομόνωση συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση του κινδύνου.** Όπως είδαμε στην Ενότητα 1, η ευαλωτότητα αυτών των ατόμων εντείνεται από έναν περίπλοκο ιστό κοινωνικοοικονομικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν [6,7,8]. Ένας κατάλογος συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου για αυτοκτονία παρέχεται στο  **Αποθετήριο** (βλ. 2.3 – Έντυπο 3. «Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αυτοκτονία»).

Ωστόσο, πέρα από τη διάσταση της κρίσης, είναι κρίσιμο να κατανοήσουμε ότι **όταν ένα άτομο αισθάνεται παγιδευμένο στις συνθήκες του, η αγωνία του συχνά εκδηλώνεται μέσα από συναισθηματικά φορτισμένες δηλώσεις, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που σχετίζονται με την αυτοκτονία. Τέτοιες δηλώσεις είναι λιγότερο σημάδια οριστικής πρόθεσης και περισσότερο προσπάθειες επικοινωνίας του βάθους του οδύνης και μια απελπισμένη έκκληση για αναγνώριση.** Τόσο οι επαγγελματίες όσο και οι εθελοντές καλούνται να προσεγγίσουν αυτές τις στιγμές με ενσυναίσθηση, αναγνωρίζοντας τη σοβαρότητα των συναισθημάτων του ατόμου και ανταποκρινόμενοι με φροντίδα και υπευθυνότητα [8,9].

Ο ρόλος της συλλογικής ευθύνης στην πρόληψη της αυτοκτονίας

Κατά την αντιμετώπιση του κινδύνου αυτοκτονίας μεταξύ ανθρώπων με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία, είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι ενώ οι επαγγελματίες υγείας και οι εργαζόμενοι στο πεδίο διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, **δεν είναι μόνοι τους στη διαχείριση αυτών των πολύπλοκων καταστάσεων.** Η πρόληψη των αυτοκτονιών **δεν πρέπει να πέφτει αποκλειστικά στους ώμους μεμονωμένων επαγγελματιών** – είναι μια **συλλογική ευθύνη** που μοιράζονται οι

οργανώσεις, οι κοινότητες και τα δίκτυα υποστήριξης. **Η ευθύνη της προστασίας των ατόμων που διατρέχουν κίνδυνο ενσωματώνεται σε διαρθρωτικά πλαίσια που διασφαλίζουν την ύπαρξη πόρων και λογοδοσίας.** Η έρευνα τονίζει ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση του κινδύνου αυτοκτονίας σε διάφορα περιβάλλοντα περίθαλψης. Δυστυχώς, πολλοί οργανισμοί αποτυγχάνουν να παράσχουν επαρκή υποστήριξη, αφήνοντας τους αρωγούς να περιηγηθούν σε αυτούς τους κινδύνους απομονωμένοι.

Η πρόληψη της αυτοκτονίας θα πρέπει να θεωρείται **μέρος μιας ευρύτερης, συντονισμένης στρατηγικής που περιλαμβάνει σαφή οργανωτική ευθύνη, τακτικές αξιολογήσεις κινδύνου, ολοκληρωμένα πρωτόκολλα φροντίδας και μεταφροντίδας και ενδεδειγμένη παρακολούθηση.** Η τελευταία θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει κατάλληλες παραπομπές και υπηρεσίες αποκατάστασης για τα άτομα που διατρέχουν κίνδυνο, καθώς και υποστήριξη για όσες και όσους παρέχουν φροντίδα. Οι εργαζόμενοι στο πεδίο θα πρέπει να είναι εφοδιασμένοι όχι μόνο με τις δεξιότητες αλλά και με τη **θεσμική υποστήριξη για να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά.** Η ενσωμάτωση αυτών των στοιχείων διασφαλίζει ότι κανένα εργαζόμενο στο πεδίο άτομο δεν επωμίζεται μόνο του το συναισθηματικό και υλικοτεχνικό βάρος της διαχείρισης αυτών των σεναρίων.

Βασικές αρχές αντιμετώπισης των εκδηλώσεων αυτοκτονικής πρόθεσης

Στην ουσία, όταν ένα άτομο εκφράζει σκέψεις αυτοκτονίας, μπορεί να λέει: «Ο πόνος είναι τόσο ανυπόφορος, που δεν μπορώ να δω μέλλον». **Η επικύρωση αυτού του πόνου** (η αναγνώριση της αίσθησης του ατόμου ότι είναι παγιδευμένο) **μπορεί να προσφέρει την αίσθηση ότι το άτομο είναι ορατό (από κάποιον άλλο άτομο) και ακούγεται.** Δηλώσεις όπως: «Ακούγεται σαν αυτή η κατάσταση να είναι τόσο ανυπόφορη που είναι δύσκολο να δεις εναλλακτικές λύσεις αυτή τη στιγμή», αντανακλούν τόσο την ενσυναίσθηση όσο και την αποδοχή της εμπειρίας του. Πρόσθετες συστάσεις για την ανταπόκριση σε εκφράσεις αυτοκτονικής πρόθεσης παρέχονται στη συνέχεια [8,9].

Κατά την επαφή με άτομα που εκφράζουν αυτοκτονικές σκέψεις, είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται οι επιζήμιες παρανοήσεις. Οι αυτοκτονικές εκφράσεις δεν πρέπει ποτέ να απορρίπτονται ως «χειριστικές» ή «θεατρικές». Η πρόσληψη τέτοιων εκφράσεων ως τρόπων και προσπαθειών

αναζήτησης προσοχής ενέχει τον κίνδυνο να ακυρωθεί ο πόνος του ατόμου και να καταστήσει ακόμη πιο βαθιά την απομόνωσή του. Μια άλλη συνήθης πλάνη είναι η πεποίθηση ότι η συζήτηση για την αυτοκτονία αυξάνει την πιθανότητα πραγματοποίησής της. Αντιθέτως, τα στοιχεία αποδεικνύουν σταθερά ότι **οι ανοιχτές συζητήσεις για την αυτοκτονία μειώνουν το στίγμα, ανακουφίζουν το άγχος και ενθαρρύνουν τα άτομα να αναζητήσουν βοήθεια** [9-12].

- ♦ **Διατηρήστε ανοιχτή στάση.** Υιοθετήστε μια ανοιχτή και πολιτισμικά ευαίσθητη προσέγγιση κατά την εκτίμηση του κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τα πολιτισμικά και θρησκευτικά ταμπού όσο και πιθανούς προστατευτικούς παράγοντες. Ξεκινήστε ρωτώντας το άτομο αν κάνει γενικά σκέψεις γύρω από τον θάνατο. Αν η αυτοκτονία αποτελεί ταμπού, θα είναι πολύ δύσκολο για το άτομο να το διατυπώσει λεκτικά, καθώς οι σκέψεις αυτές πιθανώς να συνοδεύονται από ενοχές. Διατηρήστε έναν τόνο φιλικό, ενσυναισθητικό και απαλλαγμένο από κριτική, αναγνωρίζοντας τη συναισθηματική του σύγκρουση [10].
- ♦ **Επικυρώστε τα συναισθήματα.** Εκφράστε κατανόηση γι' αυτές τις σκέψεις στο πλαίσιο της τρέχουσας ζωής του ατόμου. Η αναγνώριση της εμπειρίας του μπορεί να ενισχύσει τη θεραπευτική σχέση και να καλλιεργήσει την εμπιστοσύνη.
- ♦ **Πάρτε το άτομο στα σοβαρά.** Είναι πιθανό στο πλαίσιο μιας απειλής απέλασης, το άτομο να εκφράσει την επιθυμία να πεθάνει παρά να επιστρέψει στον τόπο καταγωγής του. Παρόλο που αυτές οι εκφράσεις μπορεί μερικές φορές να εκληφθούν ως αναζήτηση προσοχής ή ως εργαλειοποίηση προκειμένου να σταματήσει η απέλαση, είναι σημαντικό να θυμάστε ότι, στο πλαίσιο του ρόλου σας ως επαγγελματίας, πρέπει να λάβετε αυτές τις εκφράσεις σοβαρά υπόψη και να ενεργήσετε εντός του πλαισίου που επιβάλλει το πεδίο παρέμβασής σας: προβείτε σε εκτίμηση, παρέμβαση και κατάλληλη παραπομπή.
- ♦ **Κανονικοποιήστε.** Να θυμάστε ότι οι σκέψεις που σχετίζονται με τον θάνατο αποτελούν μέρος της συμπτωματολογίας ορισμένων κλινικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη ή η μετατραυματική διαταραχή. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι απαραίτητο να έχει ένας άνθρωπος κλινική διάγνωση για να βιώσει σκέψεις αυτοκτονίας. Επικοινωνήστε στο άτομο ότι δεν είναι μόνο του με αυτές τις σκέψεις. Τις βιώνουν και άλλοι άνθρωποι που βρίσκονται σε παρόμοιες

καταστάσεις. Δεν πρόκειται για σύμπτωμα «τρέλας», αλλά για έκφραση απόγνωσης σε μια δύσκολη κατάσταση.

- ♦ **Ενισχύστε και ανακουφίστε.** Αναγνωρίστε και επιβραβεύστε το θάρρος του ατόμου που ζήτησε βοήθεια και μίλησε για τις σκέψεις του. Τονίστε ότι έκανε το σωστό βήμα προς τη διερεύνηση εναλλακτικών λύσεων πέρα από την αυτοκτονία.
- ♦ **Χρησιμοποιήστε πολιτισμικά ευαίσθητα εργαλεία εκτίμησης.** Αξιολογήστε πιθανές υποκείμενες προκλήσεις ψυχικής υγείας με στόχο την κατάλληλη παρέμβαση ή παραπομπή.
- ♦ **Δεν είστε μόνοι/-ες – συνδεθείτε με άλλους επαγγελματίες ή/και παραπέμπτε το άτομο αναλόγως.** Εάν είναι απαραίτητο, ενεργοποιήστε πόρους παραπέμποντας τον πελάτη σε ένα πιο προστατευτικό περιβάλλον, εάν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλός και οι δυνατότητες παρέμβασής σας έχουν φτάσει στα όριά τους. Ανάλογα με τον κίνδυνο και τον επείγοντα χαρακτήρα της ενέργειας, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει συναδέλφους με μεγαλύτερη εμπειρία και κατάρτιση πάνω στην εκτίμηση αυτών των πτυχών, επαγγελματίες υγείας, κλινικές ή υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.
- ♦ **Κινητοποιήστε μεσοπρόθεσμους πόρους.** Μετά την αρχική εκτίμηση, παραπέμπτε το άτομο σε πλαίσια που μπορούν να παρέμβουν σε νομικά (π.χ. μεταναστευτικό καθεστώς), κοινωνικά (ομάδες υποστήριξης), οικονομικά (εργασία, στέγαση) ή οικογενειακά (επίλυση συγκρούσεων) ζητήματα.

Παρατηρήσεις για την Εκτίμηση του Άμεσου Κινδύνου Αυτοκτονίας

Ακολουθούν τρεις βασικές ερωτήσεις που θα καθοδηγήσουν την εκτίμηση που θα πραγματοποιήσετε σε περιπτώσεις άμεσου κινδύνου αυτοκτονίας. Οι ερωτήσεις αυτές δεν πρέπει να εκληφθούν ως ένας άκαμptos κατάλογος ελέγχου ή ως σενάριο για μια συνέντευξη, αλλά μάλλον ως **ένα πλαίσιο για να υποστηρίξετε την προσέγγισή σας με ευαισθησία και διορατικότητα**. Όταν είναι δυνατόν, ενσωματώστε πληροφορίες από το ιατρικό ιστορικό του ατόμου ή τους φροντιστές του, προσαρμόζοντας τη συμμετοχή σας στις μοναδικές διαστάσεις της εμπειρίας του. Η εμπιστοσύνη και η υποστήριξη οικοδομούνται μέσω της προσεκτικής τήρησης των συστάσεων που περιγράφηκαν πριν παραπάνω, οι οποίες δίνουν προτεραιότητα στην ενσυναίσθηση και την κατανόηση [10].

Τρεις Ερωτήσεις που πρέπει να κάνετε στον εαυτό σας όταν πραγματοποιείτε Εκτίμηση του Άμεσου Κινδύνου Αυτοκτονίας

Ερώτηση εκτίμησης #1: **Έχει το άτομο επιχειρήσει πρόσφατα να αυτοκτονήσει ή να αυτοτραυματιστεί;**

- Δηλητηρίαση από αλκοόλ, ναρκωτικά, φάρμακα ή οποιαδήποτε άλλη ουσία
- Σημάδια που απαιτούν επείγουσα ιατρική περίθαλψη (αιμορραγία από αυτοτραυματισμό, απώλεια συνείδησης, ακραίος λήθαργος κ.λπ.)

Ερώτηση εκτίμησης #2: **Υπάρχει άμεσος κίνδυνος αυτοκτονίας ή αυτοτραυματισμού;**

Ρωτήστε το άτομο ή/και τους φροντιστές για:

- Σκέψεις ή σχέδια αυτοκτονίας (αυθημερόν ή τον τελευταίο μήνα)
- Αυτοτραυματισμούς στο παρελθόν
- Πρόσβαση σε μέσα αυτοκτονίας (π.χ. φυτοφάρμακα, σχοινί, όπλα, μαχαίρια, συνταγογραφούμενα φάρμακα και ουσίες)

Ανιχνεύστε σημάδια εγρήγορσης για οξύ κίνδυνο αυτοκτονίας:

- Σοβαρή συναισθηματική δυσφορία ή απελπισία
- Βίαιη συμπεριφορά ή ακραία διέγερση
- Απόσυρση ή απροθυμία επικοινωνίας

Εφαρμόστε το μοντέλο των 4-Π [12]:

- Απόπειρες αυτοκτονίας στο **Παρελθόν**
- **Πλάνο** αυτοκτονίας
- **Πιθανότητα** πραγματοποίησης της αυτοκτονίας
- **Προστατευτικοί παράγοντες**

Ερώτηση εκτίμησης #3: **Υπάρχουν ταυτόχρονες καταστάσεις που σχετίζονται με την αυτοκτονία ή τον αυτοτραυματισμό;**

Προβείτε σε εκτίμηση και διαχείριση πιθανών ταυτόχρονων καταστάσεων:

- Χρόνιος πόνος ή αναπηρία (π.χ. λόγω πρόσφατων τραυματισμών που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της ανθρωπιστικής έκτακτης ανάγκης)
- **Παρουσία κομβικών συμπτωμάτων ή διαγνωσμένων σοβαρών προβλημάτων ψυχικής υγείας** (π.χ. μέτρια - σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή, ψύχωση, επιβλαβής χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών, διαταραχή μετατραυματικού στρες ή οξεία συναισθηματική δυσφορία όπως πένθος, οξύ στρες ή άλλες σοβαρές καταστάσεις υγείας).

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από το mhGAP-HIG του ΠΟΥ (2015).

Εκτιμήσεις κατά την αξιολόγηση του άμεσου κινδύνου αυτοκτονίας

Όπως είδαμε προηγουμένως, δεν υπάρχουν μόνο παράγοντες κινδύνου, αλλά και πόροι και ικανότητες, οι οποίοι βοηθούν το άτομο να συνεχίσει και το αποτρέπουν από την αυτοκτονία. Ως εκ

τούτου, η διερεύνηση ενός τόσο ευαίσθητου θέματος προϋποθέτει την ανάπτυξη μιας συζήτησης, όπου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι δύο πτυχές.

Η Εικόνα 2.3.1 που παρατίθεται στην επόμενη σελίδα, χρησιμοποιεί ένα σύστημα φωτεινών σηματοδοτών για να απεικονίσει τα επίπεδα κινδύνου αυτοκτονίας. Κάθε χρώμα αντιστοιχεί σε παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο: όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου συσσωρεύονται, το επίπεδο ανησυχίας αυξάνεται, καθοδηγώντας τον επείγοντα χαρακτήρα της παρέμβασης.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες συσχετίζονται και συσσωρεύονται. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με ορισμένους παράγοντες κινδύνου είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν πρόσθετους κινδύνους και μπορεί να έχουν λιγότερους προστατευτικούς παράγοντες. Ωστόσο, είναι πάντα σημαντικό να μην παίρνετε αποφάσεις κατά μόνας και να συζητάτε συγκεκριμένες περιπτώσεις στο πλαίσιο της ομάδας σας όταν δεν είστε σίγουροι/-ες.

Εικόνα 2.3.1. “Παράγοντες προστασίας και κινδύνου για αυτοκτονική συμπεριφορά”



Σημείωση. Προσαρμοσμένο από την ομάδα του EU-MiCare με βάση γενικές αρχές στην αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας.

Ξεκινώντας τη συζήτηση για την αυτοκτονία

Η συζήτηση για την αυτοκτονία και τον αυτοτραυματισμό δεν είναι ποτέ εύκολη. Ακολουθούν ορισμένες προτεινόμενες ερωτήσεις που μπορούν να βοηθήσουν να σπάσει ο πάγος και να προσεγγιστεί αυτό το ευαίσθητο θέμα [13]. Και πάλι, ο στόχος αυτών των ερωτήσεων δεν είναι να

τεθούν κυριολεκτικά ή με τρόπο που θυμίζει συνέντευξη. Αντίθετα, **συνιστάται να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον ενσυναίσθησης και σεβασμού, όπου το άτομο θα νιώθει ασφάλεια να ανοιχτεί και να εκφραστεί για τις ανησυχίες και τις προσπάθειές του.**

Πώς να μιλήσετε για την Αυτοκτονία ή τον Αυτοτραυματισμό

1. **Δημιουργήστε μια ασφαλή ατμόσφαιρα που παρέχει ιδιωτικότητα για να μοιραστεί το άτομο τις σκέψεις του. Μην κρίνετε το άτομο επειδή έχει τάσεις αυτοκτονίας. Προσφερθείτε να μιλήσετε με το άτομο μόνο του ή με άλλα άτομα της επιλογής του.**
2. **Χρησιμοποιήστε μια σειρά ερωτήσεων όπου κάθε απάντηση οδηγεί με φυσικό τρόπο σε άλλη ερώτηση. Για παράδειγμα:**
 - Ξεκινήστε με το παρόν: Πώς αισθάνεστε;
 - Αναγνωρίστε τα συναισθήματα του ατόμου: Φαίνεται λυπημένος-η/αναστατωμένος-η. Θέλω να σας κάνω μερικές ερωτήσεις σχετικά με αυτό.
 - Πώς βλέπετε το μέλλον σας; Ποιες είναι οι ελπίδες σας για το μέλλον;
 - Μερικές φορές οι άνθρωποι αισθάνονται ότι η ζωή δεν αξίζει να ζει κανείς. Μπορείτε να μου πείτε πώς αισθάνεστε για τη δική σας ζωή;
 - Ποιες είναι μερικές από τις πτυχές της ζωής σας που την κάνουν να αξίζει να ζείτε;
 - Ποιες είναι μερικές από τις πτυχές της ζωής σας που μπορεί να σας κάνουν να αισθάνεστε ή να σκέφτεστε ότι η ζωή σας δεν αξίζει να ζείτε;
 - Μήπως πιάνετε τον εαυτό σας να επιθυμεί να φύγει από τη ζωή μια για πάντα;
 - Πώς θα συνέβαινε αυτό για εσάς; Τι θα μπορούσατε να κάνετε για να το πραγματοποιήσετε αυτό;
 - Σκέφτεστε τον θάνατό σας ή τον θάνατο γενικά;
 - Έχετε σκεφτεί ποτέ να βλάψετε τον εαυτό σας ή να προσπαθήσετε να αφαιρέσετε τη ζωή σας;
3. **Εάν το άτομο έχει εκφράσει ιδέες αυτοκτονίας, μπορείτε να ρωτήσετε:**
 - Σκέφτεστε να κάνετε κακό στον εαυτό σας;
 - Πότε αρχίσατε να βιώνετε αυτές τις σκέψεις και τα συναισθήματα;
 - Τι συνέβη πριν ξεκινήσετε να τις έχετε;
 - Έχετε κάνει σχέδια για να βάλετε τέλος στη ζωή σας;
 - Έχετε σκεφτεί πότε θα το κάνετε; Έχετε επιχειρήσει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας;
 - Μπορείτε να σταματήσετε τον εαυτό σας από το να τις έχει αποσπώντας την προσοχή σας με μια δραστηριότητα ή άλλες πιο θετικές σκέψεις;

- Έχετε κάνει ποτέ πράξη αυτές τις σκέψεις;
- Αν δεν τις έχετε κάνει πράξη, πόσο κοντά νιώθετε ότι φτάσατε στο να τις κάνετε πράξη;
- Τι σας εμπόδισε να τις πραγματοποιήσετε;
- Πιστεύετε ότι θα μπορούσατε να κάνετε πράξη αυτές τις σκέψεις αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας στο μέλλον;
- Έχετε κάποιο σχέδιο να βλάψετε τον εαυτό σας ή να αφαιρέσετε τη ζωή σας; Μπορείτε να πείτε περισσότερα γι' αυτό;
- Έχετε τρόπους στη διάθεσή σας για να αφαιρέσετε τη ζωή σας, όπως χάπια χωρίς συνταγή, συνταγογραφούμενα χάπια, μαχαίρια ή εγγύτητα σε μπαλκόνι, γέφυρα ή μετρό;
- Αν βάζατε τέλος στη ζωή σας, τι φαντάζεστε ότι θα συνέβαινε μετά τον θάνατό σας στους ανθρώπους που είναι σημαντικοί για εσάς;

4. Προβείτε σε εκτίμηση των προστατευτικών παραγόντων, ρωτώντας:

- Πώς αισθάνεστε για το μέλλον σας;
- Τι θα σας βοηθούσε να αισθάνεστε ή να σκέφτεστε πιο θετικά, αισιόδοξα ή ελπιδοφόρα για το μέλλον σας;
- Τι θα έκανε πιο πιθανό (ή λιγότερο πιθανό) το ενδεχόμενο να προσπαθήσετε να αφαιρέσετε τη ζωή σας;
- Τι συμβαίνει στη ζωή σας που σας κάνει να επιθυμείτε να πεθάνετε ή να φύγετε από τη ζωή;
- Τι συμβαίνει στη ζωή σας που σας βοηθά να θέλετε να ζήσετε;
- Αν αρχίζατε να κάνετε ξανά σκέψεις να βλάψετε ή να αυτοκτονήσετε, τι θα κάνατε για να τις αποτρέψετε;

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από το mhGAP-HIG του ΠΟΥ (2015) και το Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.).

Για μια πιο ολοκληρωμένη εκτίμηση, η Κλίμακα Βαθμολόγησης Σοβαρότητας Αυτοκτονίας της Κολούμπια (C-SSRS), η οποία περιλαμβάνεται στον πίνακα των συνιστώμενων εργαλείων εκτίμησης που είναι διαθέσιμα στο  [Αποθετήριο](#) (βλ. 2.3 – Έντυπο 1. «Κατάλογος συνιστώμενων ψυχομετρικών εργαλείων»), παρέχει μια δομημένη προσέγγιση για την εκτίμηση αυτών των τεσσάρων πτυχών του κινδύνου αυτοκτονίας. Το εργαλείο αυτό είναι διαθέσιμο σε πολλές γλώσσες, καθιστώντας το προσιτό για χρήση σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Το C-SSRS αναγνωρίζεται ευρέως για τη σαφήνεια και την αποτελεσματικότητά του στην αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, προσφέροντας ένα αξιόπιστο πλαίσιο για τον καθορισμό των επιπέδων κινδύνου και την παροχή καθοδήγησης για παρεμβάσεις.

Σύναψη προφορικής συμφωνίας και ανάπτυξη ενός συνεργατικού σχεδίου ασφάλειας

Όταν ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μέτριος έως υψηλός, η σύναψη μιας προφορικής συμφωνίας και η ανάπτυξη ενός συνεργατικού σχεδίου μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την υποστήριξη της ασφάλειας ενός ατόμου που βιώνει αυτοκτονικές σκέψεις ή συμπεριφορές. **Ένα σχέδιο αποσκοπεί στην εξασφάλιση της ασφάλειας και στην παροχή ενός προληπτικού οδηγού σε στιγμές κρίσης, όταν η συναισθηματική ή ψυχολογική αναστάτωση μπορεί να παρεμποδίσει τη διαυγή σκέψη.** Συνήθως, αποτυπώνει στρατηγικές αντιμετώπισης προκλήσεων και συγκεκριμένα βήματα για την αναζήτηση βοήθειας όταν οι αυτοκτονικές σκέψεις εντείνονται. Όποια και αν είναι η μορφή, το σχέδιο αυτό συν-καταρτίζεται με το άτομο, δίνοντας έμφαση στην αυτονομία και τη συμβολή του στον προσδιορισμό των στρατηγικών που του ταιριάζουν περισσότερο όταν κατακλύζεται από οδυνηρά συναισθήματα [3].

Στον πυρήνα αυτής της διαδικασίας βρίσκεται η επιλογή να συναφθεί **μια προφορική συμφωνία**. Η συμφωνία σηματοδοτεί **τη δέσμευση του ατόμου να παραμείνει ασφαλές μέχρι την επόμενη συνάντηση, με κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι διαθέσιμοι πόροι στην υποστήριξη της ασφάλειάς του**. Ωστόσο, όπως περιγράφεται παραπάνω, η προφορική συμφωνία δεν εναποθέτει την ευθύνη αποκλειστικά στο άτομο. Αντίθετα, αναγνωρίζει ότι **η ασφάλεια είναι επίσης ευθύνη ενός ευρύτερου δικτύου – το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι δομές υποστήριξης του ατόμου παίζουν όλα τον ρόλο τους**. Αυτή η δέσμευση να παραμείνει κανείς ασφαλής θα πρέπει να εδράζεται **στη συλλογική ευθύνη αυτών των συστημάτων**.

Η σύναψη μιας προφορικής συμφωνίας θα πρέπει να γίνεται αντιληπτή ως μια αμοιβαία, διαρθρωτική δέσμευση μεταξύ του ατόμου, της κοινότητάς του και των εμπλεκόμενων επαγγελματιών και όχι ως μια μεμονωμένη υπόσχεση από ένα άτομο. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, τα ακόλουθα βήματα παρέχουν δομή και σαφήνεια [9]:

1) Πρόταση για τη σύναψη μιας Προφορικής Συμφωνίας

Παρουσιάζεται η δυνατότητα σύναψης προφορικής συμφωνίας και ενός σχεδίου ασφαλείας, διασφαλίζοντας ότι το άτομο είναι σε κατάσταση να δεσμευτεί σε αυτήν (π.χ. δεν βρίσκεται υπό την επήρεια αλκοόλ ή άλλων

ουσιών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την κρίση του). Προτεινόμενη διατύπωση: «Ορισμένα άτομα που αντιμετωπίζουν παρόμοιες δυσκολίες βρίσκουν χρήσιμο να συνάψουν μια προφορική συμφωνία. Θα θέλατε να συμφωνήσουμε τώρα, για να διασφαλίσουμε ότι μπορείτε να παραμείνετε ασφαλείς μέχρι την επόμενη συνάντησή μας;».

2) Προφορική δέσμευση για την ασφάλεια

Το άτομο συμφωνεί να παραμείνει ζωντανό, ασφαλές και αβλαβές μέχρι την επόμενη προγραμματισμένη συνάντησή του, προσδιορίζοντας την ημερομηνία και την ώρα. Η συμφωνία αυτή περιλαμβάνει την προφορική αναγνώριση ότι δεν θα θέσει σε κίνδυνο τη ζωή του εκούσια ή ακούσια και τη δέσμευση να χρησιμοποιήσει κάθε διαθέσιμο πόρο που έχει στη διάθεσή του για να διατηρήσει την ασφάλειά του.

→ Αυτή η προφορική συμφωνία εκ μέρους του ατόμου θα πρέπει να συμπληρώνει την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ασφάλειας, το οποίο υποστηρίζεται από τις ενέργειες των παρόχων. Από την πλευρά τους, οι επαγγελματίες πρέπει επίσης να δεσμευτούν για να διασφαλίσουν ότι θα υπάρχουν μηχανισμοί για την ασφάλεια και τη συνεχή υποστήριξη. Αυτοί οι μηχανισμοί περιλαμβάνουν, και μερικές φορές προϋποθέτουν, διάφορα βασικά στοιχεία: χαρτογράφηση των διαθέσιμων υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων λεπτομερειών, όπως οι ώρες λειτουργίας των κλινικών που εφημερεύουν ή των σημείων διανομής τροφής, ιδίως για τα άτομα σε επισφαλείς συνθήκες), διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφοριών σε όλο το οργανωτικό πλαίσιο, τηρώντας παράλληλα αυστηρή εμπιστευτικότητα, κινητοποίηση πόρων και ενεργή συμμετοχή των φροντιστών του ατόμου ή του ευρύτερου δικτύου υποστήριξης [10].

3) Σχέδιο επαφής έκτακτης ανάγκης

Αναπτύσσεται σε συνεργασία ένα σχέδιο έκτακτης ανάγκης, το οποίο ορίζει με ποιον θα επικοινωνήσει το άτομο σε περίπτωση επιδείνωσης της κατάστασής του. Ο κατάλογος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει έως και τρία άτομα εμπιστοσύνης (μέλη της οικογένειας, φιλικά πρόσωπα ή άτομα υποστήριξης) ή/και ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας ή ένα ίδρυμα. Το άτομο θα πρέπει να έχει εύκολη πρόσβαση στις επαφές έκτακτης ανάγκης, όπως για παράδειγμα κρατώντας ένα γραπτό σημείωμα με ονόματα και τηλέφωνα στο πορτοφόλι ή το τηλέφωνό του.

4) Επιβεβαίωση συμφωνίας

Τόσο το μέλος του επαγγελματικού προσωπικού όσο και το άτομο επιβεβαιώνουν προφορικά την κατανόηση και την αποδοχή της συμφωνίας, έχοντας προβεί σε σαφή ορισμό των αντίστοιχων ρόλων τους στο σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων.

5) Παρακολούθηση

Το άτομο ενημερώνεται για την ώρα και τον τόπο της επόμενης προγραμματισμένης συνάντησής του, λαμβάνοντας ενθάρρυνση να χρησιμοποιήσει τις συμφωνημένες επαφές έκτακτης ανάγκης ή τους πόρους αντιμετώπισης της κρίσης, εάν χρειαστεί, πριν από τη συνάντηση.

Η προφορική δέσμευση είναι μόνο ένα στοιχείο στο πλαίσιο της ευρύτερης διαδικασίας συνεργατικού σχεδιασμού της ασφάλειας, το οποίο όμως είναι ζωτικής σημασίας για την εδραίωση της αίσθησης της ασφάλειας και της κοινής ευθύνης. Μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν οι γλωσσικοί φραγμοί ή οι διαφορές σε μορφωτικό επίπεδο καθιστούν τα γραπτά έγγραφα δυσνόητα. Ο σχεδιασμός της ασφάλειας μπορεί επίσης να περιλαμβάνει τον προσδιορισμό μιας σειράς στρατηγικών προσαρμοσμένων στις μοναδικές ανάγκες και ανησυχίες του ατόμου, όπως τεχνικές καταπράυνσης για δυσάρεστα συναισθήματα, πρακτικές αυτοφροντίδας, διατήρηση θρεπτικής διατροφής, θέσπιση υγιών ορίων και δημιουργία σταθερών συνηθειών ύπνου. Αυτά τα στοιχεία σχηματίζουν συλλογικά μια «εργαλειοθήκη» στην οποία το άτομο μπορεί να έχει πρόσβαση όταν αντιμετωπίζει αυξημένα και δύσκολα συναισθήματα.

Κανένα σχέδιο ασφαλείας δεν είναι ίδιο – πρέπει να παραμένει ευέλικτο και να ανταποκρίνεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες του ατόμου, έτσι όπως αυτές εξελίσσονται παράλληλα. Από αυτή την άποψη, τα σχέδια ασφαλείας δεν δεσμεύονται από άκαμπτα ή προκαθορισμένα πρότυπα, αλλά είναι δυναμικά, ζωντανά έγγραφα που προσαρμόζονται στις πολυπλοκότητες και τις εξελισσόμενες συνθήκες της διαδρομής κάθε ατόμου.

Οι τακτικοί έλεγχοι είναι καίριοι για τη διατήρηση της εμπιστοσύνης και την προσαρμογή του σχεδίου ανάλογα με τις κάθε φορά ανάγκες. Οι πάροχοι θα πρέπει να ενθαρρύνουν την επανεξέταση του σχεδίου ασφαλείας κατά τη διάρκεια των follow up, ώστε να διασφαλίζεται ότι αυτό παραμένει σχετικό

και αποτελεσματικό. Εξίσου σημαντική είναι η προσέγγιση αυτής της διαδικασίας με πολιτισμική ευαισθησία. Εάν το άτομο δυσκολεύεται με τον όρο «αυτοκτονία» λόγω πολιτισμικών ταμπού ή προσωπικής δυσφορίας, η αναδιατύπωση του σχεδίου ως πόρου «για την ασφάλειά του» ή «για την πλοήγηση σε στιγμές κρίσης» μπορεί να το καταστήσει πιο προσιτό και υποστηρικτικό [13].

Για να ενισχυθεί η χρησιμότητα ενός σχεδίου ασφαλείας, είναι σημαντικό να προσφέρεται σε μορφές που συνάδουν με τις προτιμήσεις και τις ανάγκες πρόσβασης του ατόμου. Για ορισμένα, ένα απλό αντίγραφο σε χαρτί μπορεί να χρησιμεύσει ως αξιόπιστο εργαλείο, ενώ άλλα μπορεί να επωφεληθούν περισσότερο από ηλεκτρονικά μέσα ή εργαλεία που βασίζονται σε εφαρμογές ή από μια απλή φωτογραφία που είναι αποθηκευμένη στο τηλέφωνό τους για εύκολη αναφορά. Όποια και αν είναι η μορφή, ο πάροχος θα πρέπει να διατηρεί ένα αξιόπιστο αντίγραφο, διασφαλίζοντας πως η φροντίδα θα παρέχεται απρόσκοπτα ανεξάρτητα από το πού ή από το ποιον παρέχεται. Τυποποιημένα πρωτόκολλα για την αποθήκευση, την αναθεώρηση και την ενημέρωση των σχεδίων ασφαλείας θα πρέπει να καθιερωθούν στο πλαίσιο συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών, **ώστε να αποφευχθεί ο πλεονασμός και να μειωθεί η συναισθηματική επιβάρυνση από την επανειλημμένη εξιστόρηση οδυνηρών εμπειριών, την οποία συχνά αντιμετωπίζουν τα άτομα [3].**

Όταν ένα άτομο βιώνει αυτοκτονικές σκέψεις, αλλά δεν διατρέχει άμεσο κίνδυνο και διαθέτει επαρκείς πόρους αντιμετώπισης, μπορεί να μην είναι απαραίτητες οι επείγουσες παρεμβάσεις ή η νοσηλεία σε νοσοκομείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συνεργατική ανάπτυξη ενός σχεδίου ασφαλείας μπορεί να είναι ανεκτίμητη. Τέτοια σχέδια χρησιμεύουν στην καθοδήγηση τόσο του επαγγελματία όσο και του ατόμου σε στιγμές οξείας δυσφορίας. Ωστόσο, **είναι ζωτικής σημασίας να διασφαλιστεί ότι ένα σχέδιο ασφαλείας ή «κρίσης» εφαρμόζεται μόνο για άτομα που δεν έχουν συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας, πρόθεση ή παρορμητικές συμπεριφορές.** Εάν το άτομο δεν μπορεί να εγγυηθεί την τήρηση του σχεδίου, η κατάσταση απαιτεί την ενεργοποίηση πρόσθετων συστημάτων υποστήριξης, όπως υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης ή νοσηλείας, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους στη χώρα σας.

Ο ακόλουθος πίνακας συνοψίζει τα βασικά βήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ανάπτυξη ενός σχεδίου ασφαλείας για την αντιμετώπιση οξέων αυτοκτονικών σκέψεων [13].

Βήματα για ένα σχέδιο αντιμετώπισης κρίσεων με οξείες αυτοκτονικές σκέψεις

1. Αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων μιας αυτοκτονικής κρίσης.

Πώς θα παρατηρήσετε ότι ήρθε η ώρα να χρησιμοποιήσετε/ενεργοποιήσετε το σχέδιο έκτακτης ανάγκης;

2. Στρατηγικές αντιμετώπισης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα.

Σε ποιες ενέργειες μπορείτε να προβείτε μόνοι σας για να διαχειριστείτε αυτές τις σκέψεις και να αποφύγετε να ενεργήσετε σύμφωνα με αυτές;

3. Άνθρωποι και κοινωνικές καταστάσεις που σας αποσπών την προσοχή από αυτές τις σκέψεις.

Υπάρχουν άτομα ή κοινωνικές καταστάσεις που μπορούν να σας βοηθήσουν να ανακατευθύνετε τις σκέψεις σας; Υπάρχουν μέρη όπου αισθάνεστε ασφαλείς και προστατευμένοι;

4. Υποστηρικτικά άτομα στα οποία μπορείτε να απευθυνθείτε για βοήθεια.

Σε ποιον μπορείτε να απευθυνθείτε για συναισθηματική υποστήριξη ή για να μοιραστείτε τις δυσκολίες σας;

5. Επαφές με κέντρα επαγγελματικής βοήθειας

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από Stanley, B., & Brown, G. K. (2012)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.
- [2] International Organization for Migration (2020). Individual Factors Assessment Toolkit. In *Protection and Assistance for Migrants Vulnerable to Violence, Exploitation, and Abuse: Individual Case Management*. Retrieved October 12, 2024, from <https://www.iom.int>
- [3] Ager, A., & Strang, A. (2008). Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21(2), 166–191. <https://doi.org/10.1093/jrs/fen016>
- [4] Dagalidi, E. (2024). Mental health in legal contexts. Presentation as part of the ‘Therapeutic Legal Assistance’ professional development course for legal practitioners. Athens, Greece: SolidarITEE.
- [5] American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [6] Amiri, S. (2022). Prevalence of Suicide in Immigrants/Refugees: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370–405. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>
- [7] Cogo, E., Murray, M., Villanueva, G., Hamel, C., Garner, P., Senior, S. L., & Henschke, N. (2022). Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: A systematic review. *PloS one*, 17(3), e0263797. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263797>
- [8] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [9] Gräßer, M., Iskenius, E. L., Hovermann jun., E. (2017). *Tehrapie-Tools. Psychotherapie für Menschen mit Migratons- und Fluchterfahrung*. (1st ed.). Beltz.
- [10] World Health Organization (2015). *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. Geneva: WHO.
- [11] Dube, P., Kurt, K., Bair, M. J., Theobald, D., & Williams, L. S. (2010). The p4 screener: Evaluation of a brief measure for assessing potential suicide risk in 2 randomized effectiveness trials of primary care and oncology patients. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(6), PCC.10m00978. <https://doi.org/10.4088/PCC.10m00978blu>
- [12] Registered Nurses' Association of Ontario (n.d.). Interview questions for assessment of suicidal ideation and plan. Nursing Best Practice Guidelines. Retrieved September 18, 2024, from <https://bpgmobile.rnao.ca/content/interview-questions-assessment-suicidal-ideation-and-plan>
- [13] Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Ενότητα 2.4: Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας (Α' ΒΨΥ)

Επισκόπηση ενότητας

Η τελευταία διδακτική αυτή ενότητα έχει ως στόχο την ενίσχυση της ικανότητας των συμμετεχόντων ατόμων να αναγνωρίζουν και να αξιολογούν καταστάσεις κρίσης, καθώς και να εφαρμόζουν αποτελεσματικά τις Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας (Α' ΒΨΥ) στο πλαίσιο της μετανάστευσης. Ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή και διασφάλιση της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας των μεταναστών και των προσφύγων. Μέσα από τη συζήτηση βασικών αρχών, καλών πρακτικών και διαφορετικών τρόπων εφαρμογής των Α' ΒΨΥ, οι συμμετέχοντες/-ουσες θα αποκτήσουν τα απαραίτητα εφόδια για να δημιουργήσουν ένα περιβάλλον υποστήριξης και χωρίς αποκλεισμούς. Έτσι, θα είναι σε θέση να ανταποκρίνονται με ενσυναίσθηση και αποτελεσματικότητα στις σύνθετες και ποικίλες ανάγκες ψυχικής υγείας που ενδέχεται να ανακύψουν σε αυτόν τον πληθυσμό.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Ορισμός των Α' ΒΨΥ: Σκοπός και συνιστώσες](#)
3. [Κατευθυντήριες γραμμές των Α' ΒΨΥ σε διάφορες κρίσεις: «Παρατήρησε, Άκου, Διασύνδεσε»](#)
4. [Μελέτη περίπτωσης Α' ΒΨΥ για αναστοχαστική πρακτική](#)

1. Εισαγωγή

Όταν συμβαίνουν οδυνηρά γεγονότα –όπως φυσικές καταστροφές, ατυχήματα, πυρκαγιές ή περιστατικά διαπροσωπικής βίας (π.χ. σεξουαλική βία)– τα άτομα, οι οικογένειες και ολόκληρες κοινότητες μπορεί να επηρεαστούν βαθιά [1,2]. **Οι ατομικές αντιδράσεις σε αυτά τα γεγονότα ποικίλλουν σημαντικά, καθώς κάθε άτομο επεξεργάζεται τα γεγονότα αυτά με διαφορετικό τρόπο.** Ενώ κάποιοι μπορεί να αισθάνονται συγκλονισμένοι, μπερδεμένοι ή αβέβαιοι για το τι συμβαίνει, άλλοι μπορεί να βιώνουν φόβο, άγχος, μούδιασμα ή συναισθηματική αποστασιοποίηση. Οι αντιδράσεις

μπορεί να κυμαίνονται από ήπιες έως σοβαρές, ανάλογα με το άτομο και τις περιστάσεις. Και ενώ οι άνθρωποι είναι εκ φύσεως πολυμήχανοι και ικανοί να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής, **ορισμένα άτομα μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα κατά τη διάρκεια μιας κρίσης και να χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη [1].** Ο πρωταρχικός σκοπός των Α' ΒΨΥ, που θα διερευνηθεί περαιτέρω σε αυτή την ενότητα, είναι να **βοηθήσει τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο μέσω της παροχής συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης μετά από την έκθεση σε αντιξοότητες [2].** Σε τέτοιες καταστάσεις, οποιοσδήποτε επαγγελματίας ή εθελοντής/-τρια μπορεί να βρεθεί σε θέση να προσφέρει αυτή την κρίσιμη βοήθεια.

Οι Α' ΒΨΥ (Psychological First Aid ή PFA) έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν τους ανθρώπους να αισθάνονται πιο ήρεμοι, πιο ασφαλείς και πιο προστατευμένοι. **Πρόκειται για μια συμπονετική και υποστηρικτική προσέγγιση που επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση τόσο των συναισθηματικών όσο και των πρακτικών αναγκών.** Οι Α' ΒΨΥ βασίζονται στην κατανόηση ότι, σε περιόδους κρίσης, οι άνθρωποι μπορεί να βιώνουν κατακλυσμιαία συναισθήματα που μειώνουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που αναδύονται [1,2]. Μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της σταθερής επικοινωνίας με το άτομο που βιώνει δυσφορικό στρες, ο αρωγός εργάζεται για να εντοπίσει τις άμεσες ανάγκες του και να το υποστηρίξει ώστε να ανακτήσει την αίσθηση του ελέγχου [2].

2. Ορισμός των Α' ΒΨΥ: Σκοπός και συνιστώσες

Ορισμός των Α' ΒΨΥ

Οι Α' ΒΨΥ περιλαμβάνουν μια ανθρώπινη, υποστηρικτική ανταπόκριση σε άτομα που υποφέρουν και **χρειάζονται βοήθεια.** Περιλαμβάνουν τις ακόλουθες πρακτικές και αρχές [1,2]:

- Παροχή μη παρεμβατικής, πρακτικής φροντίδας και υποστήριξης.
- Εκτίμηση των αναγκών και των ανησυχιών για τον προσδιορισμό της κατάλληλης βοήθειας.
- Αντιμετώπιση βασικών αναγκών, όπως η πρόσβαση σε τροφή και νερό.
- Ακρόαση των ανθρώπων χωρίς άσκηση πίεσης για να μιλήσουν.
- Καθησυχασμός των ανθρώπων και παροχή βοήθειας ώστε να αισθάνονται ήρεμοι.

- Σύνδεση των ανθρώπων με πληροφορίες, υπηρεσίες και δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης.
- Προστασία των ατόμων από περαιτέρω βλάβη και δυσφορικό στρες.

Είναι επίσης σημαντικό να αποσαφηνιστεί τι **ΔΕΝ** είναι οι Α' ΒΨΥ :

- Δεν είναι μια προσέγγιση που μπορεί να εφαρμοστεί μόνο από επαγγελματίες.
- Δεν είναι επαγγελματική συμβουλευτική ή θεραπεία.
- Δεν συνεπάγεται να ζητείται από κάποιον να συζητήσει ή να αναλύσει το οδυνηρό γεγονός.
- Δεν περιλαμβάνει την άσκηση πίεσης στα άτομα ώστε να αναφερθούν με λεπτομέρειες σε ό,τι συνέβη.
- Δεν συνεπάγεται λεπτομερή συζήτηση του οδυνηρού γεγονότος.
- Δεν σημαίνει ότι ασκείται πίεση στα άτομα να μοιραστούν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις τους για το συμβάν.

Α' ΒΨΥ: Ποιος, Πότε και Πού;

ΠΟΙΟΣ μπορεί να παράσχει Α' ΒΨΥ;	Οποιοσδήποτε στο πεδίο μπορεί να παράσχει Α' ΒΨΥ – εθελοντές/-τριες, πρώτοι ανταποκριτές, άνθρωποι χωρίς εξειδικευμένη γνώση. Δεν περιορίζεται σε ειδικούς ψυχικής υγείας ή σε άτομα με ειδικές γνώσεις.
Σε ΠΟΙΟΝ απευθύνονται οι Α' ΒΨΥ;	Οι Α' ΒΨΥ απευθύνονται σε άτομα που βιώνουν δυσφορικό στρες μετά από έκθεση σε κρίση. Μπορούν να παρασχεθούν τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες. Ωστόσο, δεν χρειάζονται ή δεν επιθυμούν όλοι τις Α' ΒΨΥ. Μην επιβάλλετε τη βοήθεια σε άτομα που δεν τη θέλουν, αλλά φροντίστε να είστε εύκολα προσβάσιμοι σε όσους μπορεί να ζητήσουν υποστήριξη.
ΠΟΤΕ παρέχονται Α' ΒΨΥ;	Οι Α' ΒΨΥ αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας σε άτομα που έχουν επηρεαστεί πολύ πρόσφατα από ένα οδυνηρό γεγονός και συνήθως παρέχονται κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά το γεγονός. Ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί ημέρες ή και εβδομάδες αργότερα, ανάλογα με τη διάρκεια του συμβάντος, τη σοβαρότητά του και την αντίδραση του ατόμου.
ΠΟΥ παρέχονται Α' ΒΨΥ;	Οι Α' ΒΨΥ παρέχονται σε περιβάλλοντα όπου είναι αρκετά ασφαλές τόσο για αρωγούς όσο και για τους ανθρώπους που έχουν εκτεθεί σε κρίσεις. Περιλαμβάνονται κοινοτικοί χώροι, όπως ο τόπος ενός ατυχήματος, κέντρα υγείας, καταφύγια, στρατόπεδα, σχολεία ή σημεία διανομής τροφίμων και άλλης βοήθειας. Οι Α' ΒΨΥ θα πρέπει επίσης να

προσφέρονται σε χώρους όπου υπάρχει ιδιωτικότητα για να μιλήσετε με το άτομο που λαμβάνει υποστήριξη. Για τα άτομα που έχουν εκτεθεί σε ορισμένους τύπους γεγονότων κρίσης, όπως η σεξουαλική βία, η ιδιωτικότητα είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας και τη διαφύλαξη της αξιοπρέπειας του ατόμου.

Σημείωση: Αναπαραγωγή από την ομάδα του EU-MiCare με βάση πληροφορίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2011, 2013) και του Κέντρου Αναφοράς της IFRC για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη (2018)

3. Κατευθυντήριες γραμμές των Α' ΒΨΥ σε διάφορες κρίσεις: «Παρατήρηση, Άκου, Διασύνδεσε»

Ορισμός της κρίσης και των γεγονότων κρίσης

Η **Κρίση** ορίζεται ως: "Μια ασταθής κατάσταση που περιλαμβάνει μια επικείμενη απότομη ή σημαντική αλλαγή που απαιτεί επείγουσα προσοχή και δράση για την προστασία της ζωής, των περιουσιακών στοιχείων, της περιουσίας ή του περιβάλλοντος» [4]. Οι Α' ΒΨΥ μπορεί να είναι επωφελείς σε ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων όπου τα άτομα βιώνουν πόνο ή αγωνία. Σε καθένα από αυτά τα πλαίσια, οι Α' ΒΨΥ μπορεί να εφαρμοστούν με μια προσαρμοσμένη προσέγγιση, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση των μοναδικών αναγκών των ατόμων που πλήττονται.

Οι κρίσεις κατηγοριοποιούνται στους ακόλουθους τύπους [2]:

Προσωπικές Κρίσεις	Οι περισσότεροι άνθρωποι θα αντιμετωπίσουν κάποια στιγμή μια κρίση, είτε πρόκειται για τροχαίο ατύχημα, είτε για απώλεια εργασίας, είτε για τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου. Οι προσωπικές κρίσεις μπορούν να προκαλέσουν μια μεγάλη ποικιλία αντιδράσεων, ανάλογα με τις περιστάσεις και τον αντίκτυπό τους στο άτομο.
Κοινωνικές Προκλήσεις	Το επαγγελματικό προσωπικό και οι εθελοντές/-τριες υποστηρίζουν άτομα και ομάδες ατόμων που βρίσκονται στο περιθώριο και βιώνουν την κοινωνική απομόνωση.
Προκλήσεις Υγείας	Στις περισσότερες χώρες του κόσμου διαφορετικές υπηρεσίες συμμετέχουν σε δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της διεξαγωγής εκπαίδευσεων, της παροχής ΠΦΥ και της υποστήριξης ατόμων που ζουν με σωματικές και ψυχικές αναπηρίες.
Φυσικές Καταστροφές	Καταστροφές όπως σεισμοί, πλημμύρες και πυρκαγιές συχνά πλήττουν ταυτόχρονα μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Τα γεγονότα αυτά μπορούν να προκαλέσουν εκτεταμένες περιβαλλοντικές ζημιές και να οδηγήσουν σε σημαντικές απώλειες ζωών και κατοικιών.

Ανθρωπογενείς Καταστροφές	Πολλές καταστροφές είναι αποτέλεσμα ανθρώπινης συμπεριφοράς, όπως πυρκαγιές, εκρήξεις σε εργοστάσια ή ορυχεία, μαζικά ατυχήματα με οχήματα μεταφοράς ή καταστάσεις πανικού σε φεστιβάλ όταν καταρρέουν σκηνές.
Βία	Πολλοί άνθρωποι γίνονται μάρτυρες ή βιώνουν βία, σε ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, σεξουαλική και έμφυλη βία, εγκληματική βία, βία που σχετίζεται με συμμορίες, εγκλήματα μίσους, βία λόγω στίγματος κ.λπ.
Εκτοπισμός	Περισσότεροι άνθρωποι μεταναστεύουν σε όλο τον κόσμο από ποτέ άλλοτε, και οι λόγοι της παγκόσμιας μετανάστευσης ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό.

Σημείωση: Αναπαραγωγή από την ομάδα του EU-MiCare από το Κέντρο Αναφοράς της IFRC για την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη (2018)

«Παρατήρησε, Άκου, Διασύνδεσε»

Οι τρεις βασικές αρχές δράσης των Α' ΒΨΥ είναι η παρατήρηση, η ακρόαση και η διασύνδεση. Αυτές οι αρχές δράσης θα σας καθοδηγήσουν να εισέλθετε με ασφάλεια σε μια σκηνή κρίσης, να προσεγγίσετε τα άτομα που έχουν πληγεί και να κατανοήσετε τις ανάγκες τους και να τους διασυνδέσετε με πρακτική υποστήριξη και πληροφορίες [1-3,5]:

«ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕ»

- Προβείτε σε εκτίμηση του τι έχει συμβεί ή συμβαίνει.
- Καθορίστε ποιος χρειάζεται βοήθεια και εκτιμήστε τους κινδύνους για την ασφάλεια και την προστασία.
- Ελέγξτε για σωματικές βλάβες και προσδιορίστε τις άμεσες, πρακτικές ανάγκες.

«ΑΚΟΥ»

- Να είστε προσεκτικοί και να ακούτε ενεργά, να αποδέχεστε τα συναισθήματα του ατόμου που βιώνει δυσφορικό στρες.
- Προσπαθήστε να δημιουργήσετε ένα περιβάλλον ηρεμίας για αυτό/ά το άτομο/τα άτομα.
- Ρωτήστε για τις άμεσες ανάγκες και τις ανησυχίες του ατόμου για να αντιμετωπίσετε τις πιο πιεστικές πηγές δυσφορικού στρες.

«ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΕ»

- Βοηθήστε το άτομο που βιώνει δυσφορικό στρες να αποκτήσει πρόσβαση σε βασικές πληροφορίες.
- Διασυνδέστε το με αγαπημένα πρόσωπα και άτομα που μπορούν να το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει

→ **BINTEO:** [Τι είναι οι Α' ΒΨΥ;](#) [EN] 

Τα «Πρέπει» και «Δεν Πρέπει» της Αποτελεσματικής Επικοινωνίας

Για την προώθηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας, μπορούν να εφαρμοστούν ορισμένες στρατηγικές [1,7].

ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΕΤΕ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ ✓	ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΕΤΕ ΚΑΙ ΝΑ ΚΑΝΕΤΕ X
• Προσπαθήστε να βρείτε ένα ήσυχο μέρος για να μιλήσετε και ελαχιστοποιήστε τους εξωτερικούς περισπασμούς. • Σεβαστείτε την ιδιωτικότητα και κρατήστε την ιστορία του ατόμου εμπιστευτική, αν αυτό είναι σκόπιμο. • Μείνετε κοντά στο άτομο αλλά κρατήστε την κατάλληλη απόσταση ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και την κουλτούρα του. • Δώστε τους να καταλάβουν ότι τους ακούτε: για παράδειγμα, κουνήστε το κεφάλι σας ή πείτε «χμμμ...». • Να είστε υπομονετικοί και ήρεμοι. • Παρέχετε τεκμηριωμένες πληροφορίες, αν τις έχετε. Να είστε ειλικρινείς σχετικά με το τι γνωρίζετε και τι δεν γνωρίζετε. «Δεν ξέρω, αλλά θα προσπαθήσω να το μάθω αυτό για εσάς». • Δώστε πληροφορίες με τρόπο που το άτομο μπορεί να καταλάβει - να είναι απλές. • Αναγνωρίστε το πώς αισθάνεται και τυχόν απώλειες ή σημαντικά γεγονότα για τα οποία σας μιλάει, όπως η απώλεια του σπιτιού του ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου. «Λυπάμαι. Μπορώ να φανταστώ ότι αυτό είναι πολύ λυπηρό για εσάς». • Αναγνωρίστε τις δυνάμεις του ατόμου και τον τρόπο με τον οποίο έχει βοηθήσει τον εαυτό του. • Επιτρέψτε τη σιωπή.	• Μην πιέζετε κάποιον να πει την ιστορία του. • Μην διακόπτετε ή βιάζεστε να πείτε την ιστορία κάποιου (για παράδειγμα, μην κοιτάτε το ρολόι σας ή μην μιλάτε πολύ γρήγορα). • Μην αγγίζετε το άτομο αν δεν είστε σίγουροι ότι είναι σωστό να το κάνετε. • Μην κρίνετε τι έχει κάνει ή δεν έχει κάνει ή πώς αισθάνεται. Μην λέτε: «δεν θα έπρεπε να αισθάνεται έτσι» ή «θα έπρεπε να αισθάνεται τυχερός που επέζησες». • Μην επινοείτε πράγματα που δεν γνωρίζετε. • Μην χρησιμοποιείτε όρους που είναι πολύ τεχνικοί. • Μην τους λέτε την ιστορία κάποιου άλλου. • Μην μιλάτε για τα δικά σας προβλήματα. • Μην δίνετε ψεύτικες υποσχέσεις ή ψευδείς διαβεβαιώσεις. • Μην σκέφτεστε και μην ενεργείτε σαν να πρέπει να λύσετε όλα τα προβλήματα του ατόμου για λογαριασμό του. • Μην αφαιρείτε από το άτομο τη δύναμη και την αίσθηση ότι μπορεί να φροντίσει τον εαυτό του. • Μην μιλάτε για τους ανθρώπους με αρνητικούς όρους (για παράδειγμα, μην τους αποκαλείτε «τρελούς» ή «τρελούς»).

Σημείωση: Προσαρμογή από την ομάδα του EU-MiCare από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011). Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας: Οδηγός για τους εργαζόμενους στο πεδίο.

Ειδικές παρατηρήσεις στην παροχή Α' ΒΨΥ

Προκειμένου οι Α' ΒΨΥ να χαρακτηρίζονται από συμπόνια και ταυτόχρονα να είναι συναφείς με το πλαίσιο και να έχουν αποτέλεσμα, είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται οι ξεχωριστές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν συγκεκριμένες ομάδες [1]. Τα παιδιά και οι έφηβοι, για παράδειγμα, είναι ιδιαίτερα ευάλωτα λόγω της εν εξελίξει συναισθηματικής και ψυχολογικής ανάπτυξής τους. Οι ανάγκες τους εκτείνονται πέρα από την άμεση ασφάλεια και άνεση, απαιτώντας παρεμβάσεις που καλλιεργούν τη μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα και σταθερότητα. Ομοίως, τα άτομα που ζουν με προβλήματα υγείας ή αναπηρίες αντιμετωπίζουν επιπρόσθετες δυσκολίες, καθώς η αναστάτωση της μετατόπισης συχνά διακόπτει την πρόσβαση σε βασική φροντίδα και υποστήριξη. Τα άτομα που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο διακρίσεων ή βίας αποτελούν μια άλλη ομάδα που απαιτεί ιδιαίτερη φροντίδα. Όπως είδαμε στην Ενότητα 2.2, οι εμπειρίες περιθωριοποίησης, είτε με βάση την εθνικότητα, το φύλο ή άλλους παράγοντες, μπορούν να επιτείνουν σημαντικά το ψυχολογικό τίμημα του εκτοπισμού. Για τα άτομα αυτά, οι Α' ΒΨΥ πρέπει να ενσωματώνουν σωματικές και ψυχολογικές εκτιμήσεις, καθώς και προσπάθειες σε κοινωνικό επίπεδο (π.χ. διαμεσολάβηση και συνηγορία) που αντιμετωπίζουν τις υποκείμενες ανισότητες και ευπάθειες που διαμορφώνουν τις εμπειρίες τους.

Συχνά, η εφαρμογή των Α' ΒΨΥ περιπλέκεται από την ποικιλομορφία των διαθέσιμων πλαισίων. Ενώ οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ χρησιμεύουν ως βασικό σημείο αναφοράς, στο μεταξύ έχουν προκύψει πολυάριθμες προσαρμογές, καθεμία από τις οποίες έχει σχεδιαστεί για να ανταποκρίνεται στις μοναδικές ανάγκες συγκεκριμένων πληθυσμών ή πλαισίων [6]. Αυτό έχει οδηγήσει σε μια πλούσια ετερογένεια προσεγγίσεων, η οποία αντανακλά την πολυπλοκότητα των ανθρώπινων εμπειριών σε κρίσεις. Αυτή η ποικιλομορφία, αν και αποτελεί πρόκληση, είναι επίσης ένα από τα μεγαλύτερα πλεονεκτήματα των Α' ΒΨΥ. Κατ' αυτόν τον τρόπο καθίσταται δυνατό στους αρωγούς να επιλέγουν μοντέλα που ευθυγραμμίζονται στενά με τα πολιτιστικά, κοινωνικά και ατομικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων που εξυπηρετούν. Τελικά, η αποτελεσματικότητα των Α' ΒΨΥ έγκειται στην προσαρμοστικότητα και την ανταπόκρισή τους, αναγνωρίζοντας ότι ενώ ο πόνος μπορεί να είναι μια κοινή ανθρώπινη εμπειρία, οι δρόμοι προς την ανάκαμψη είναι βαθιά προσωπικοί και ποικίλοι.

4. Μελέτη περίπτωσης Α' ΒΨΥ για αναστοχαστική πρακτική

«Πρόσφυγες φτάνουν σε μια νέα τοποθεσία, μεταφέρονται με φορτηγά και ενημερώνονται ότι αυτό θα είναι πλέον το σπίτι τους. Έχουν μετεγκατασταθεί λόγω της σύγκρουσης που τους εκτόπισε από τις προηγούμενες κοινότητές τους. Καθώς κατεβαίνουν από τα φορτηγά, είναι εμφανές ένα εύρος συναισθημάτων – κάποιοι κλαίνε και είναι εμφανώς φοβισμένοι, άλλοι φαίνονται αποπροσανατολισμένοι, ενώ λίγοι αναστενάζουν με ανακούφιση. Για τους περισσότερους, κυριαρχεί ο φόβος και η αβεβαιότητα – δεν είναι σίγουροι για το πού θα κοιμηθούν, πού θα φάνε ή αν θα έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Ο απότομος ήχος οποιουδήποτε δυνατού θορύβου τρομάζει κάποιους, προκαλώντας φόβους για πυροβολισμούς. Εργάζεστε εθελοντικά σε έναν οργανισμό που διανέμει τρόφιμα και σας ζητήθηκε να βοηθήσετε στους χώρους διανομής».

Καθώς προετοιμάζεστε να βοηθήσετε, **σκεφτείτε τι θα θέλατε να γνωρίζετε** για την κατάσταση αυτή.

Αναρωτηθείτε:

- ο Ποιοι είναι οι άνθρωποι που θα βοηθήσω;
- ο Ποιο είναι το πολιτισμικό τους υπόβαθρο;
- ο Υπάρχουν κάποιοι κανόνες συμπεριφοράς ή έθιμα που πρέπει να ακολουθήσω; Για παράδειγμα, είναι καταλληλότερο για τις γυναίκες αρωγούς να μιλούν με γυναίκες πρόσφυγες;
- ο Πόσο μακριά έχουν ταξιδέψει;
- ο Τι γνωρίζω για τις συγκρούσεις που έχουν βιώσει;
- ο Ποιες υπηρεσίες παρέχονται στον τόπο υποδοχής των προσφύγων;
- ο Εάν εργάζομαι σε μια ομάδα, πώς θα οργανωθούμε για να βοηθήσουμε σε αυτή την κατάσταση; Ποια καθήκοντα θα αναλάβει ο καθένας; Πώς θα συντονιστούμε μεταξύ μας και με άλλες ομάδες αρωγών που μπορεί να βρίσκονται εκεί;

Όταν **συναντήσετε** μια ομάδα προσφύγων, τι πρέπει να **ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΤΕ**;

- ο Τι θα χρειάζονται οι περισσότεροι από τους πρόσφυγες;
- ο Θα πεινάνε, θα διψάνε ή θα είναι κουρασμένοι; Είναι κάποιος τραυματισμένος ή άρρωστος;
- ο Υπάρχουν οικογένειες ή άνθρωποι από το ίδιο χωριό μέσα στην ομάδα των προσφύγων; Υπάρχουν ασυνόδευτα παιδιά ή έφηβοι;
- ο Ποιος άλλος μπορεί να χρειαστεί ειδική βοήθεια; Τα άτομα στην ομάδα των προσφύγων φαίνεται να έχουν διαφορετικού τύπου αντιδράσεις στην κρίση. Τι είδους συναισθηματικές αντιδράσεις παρατηρείτε;

Καθώς **πλησιάζετε** τα άτομα στην ομάδα των προσφύγων, πώς μπορείτε να **ΑΚΟΥΣΕΤΕ** καλύτερα αυτά που τους απασχολούν;

- Πώς πρέπει να συστηθώ πριν προσφέρω υποστήριξη;
- Οι άνθρωποι που έχουν βιώσει ή έχουν γίνει μάρτυρες βίας μπορεί να είναι πολύ φοβισμένοι και να αισθάνονται ανασφαλείς. Πώς μπορώ να τους υποστηρίξω και να τους βοηθήσω να νιώσουν ήρεμοι;
- Πώς μπορώ να εντοπίσω τις ανάγκες και τις ανησυχίες ατόμων που μπορεί να χρειάζονται ιδιαίτερη βοήθεια, όπως οι γυναίκες;
- Πώς θα προσεγγίσω και θα βοηθήσω τα ασυνόδευτα παιδιά και τους εφήβους;

Τι μπορείτε να κάνετε για να **ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΕΤΕ** τους ανθρώπους με πληροφορίες και πρακτική υποστήριξη;

- Ποιες βασικές ανάγκες μπορεί να έχουν οι άνθρωποι;
- Ποιες υπηρεσίες υποστήριξης είναι διαθέσιμες που μπορεί να είναι χρήσιμες;
- Πώς μπορούν οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση σε αυτές;
- Πότε και πού μπορούν οι άνθρωποι να βρουν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το τι προκαλεί αυτό το γεγονός;
- Πώς μπορώ να βοηθήσω στην προστασία ευάλωτων ατόμων, όπως γυναίκες ή ασυνόδευτα παιδιά, από περαιτέρω βλάβη;
- Πώς μπορώ να βοηθήσω στη διασύνδεση ευάλωτων ατόμων με αγαπημένα πρόσωπα και υπηρεσίες;
- Ποιες ειδικές ανάγκες μπορεί να έχουν οι άνθρωποι, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που έχουν εκτεθεί σε βία; Τι μπορώ να κάνω για να συνδέσω τους ανθρώπους με τα αγαπημένα τους πρόσωπα ή τις υπηρεσίες τους;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] World Health Organization (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205> [στην ελληνική: ΠΟΥ (2016). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Οδηγός για εργαζόμενους στο πεδίο. Αθήνα: Έκδοση Κέντρου Ημέρας Βαβέλ/Συν-ειρμός ΑμΚΕ Κοιν. Αλληλεγγύης. <https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2018/02/odigos-gia-ergazomenous.pdf>]
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. Copenhagen: IFRC Reference Centre for Psychosocial Support. Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>
- [3] World Health Organization (2013). *Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548618> [στην ελληνική: ΠΟΥ (2016). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Εγχειρίδιο εκπαιδευτή για την καθοδήγηση εργαζομένων στο πεδίο. Αθήνα: Έκδοση Κέντρου Ημέρας Βαβέλ/Συν-ειρμός ΑμΚΕ Κοιν. Αλληλεγγύης. <https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2018/02/protes-voitheies-psixikis-ugeias.pdf>]
- [4] World Health Organization (2020). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. Geneva: WHO. Retrieved September 17, 2024 from <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>
- [5] Uribe Guajardo, M. G., Slewa-Younan, S., Santalucia, Y., & Jorm, A. F. (2016). Important considerations when providing mental health first aid to Iraqi refugees in Australia: A Delphi study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0087-1>
- [6] Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- [7] Blunt Therapy (n.d.). *A brief guide to psychological first aid*. Retrieved May 10, 2024, from <https://www.blunt-therapy.com/a-brief-guide-to-psychological-first-aid/>
- [8] Levy, E., Farchi, M., Gidron, Y., & Shahar, E. (2020). Psychological first aid through the 'SIX Cs model' – An intervention with migrants on the move. *Intervention*, 18(1), 71–77. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_51_18



Co-funded by
the European Union



Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ωστόσο, οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται είναι αποκλειστικά του/των συγγραφέα/-έων και δεν αντανακλούν κατ' ανάγκη τις απόψεις και τις γνώμες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του Ευρωπαϊκού Εκτελεστικού Οργανισμού Εκπαίδευσης και Πολιτισμού (ΕΑΕΑ). Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση ούτε ο ΕΑΕΑ μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι γι' αυτές.

Αυτό το έργο διατίθεται με άδεια χρήσης

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Διεθνής Άδεια](#) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 2. Improving Skills on Recognizing & Assessing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 2.1 Understanding the Influence of Culture on Mental Health and Mental Health Promotion

Handout 1: "List of Idioms of Distress"

With the introduction of the DSM-IV in 1994, culture-bound syndromes were officially recognized in psychiatric classification for the first time. The DSM-5 (2013) revised and expanded this section, shifting from viewing culture as region-based to understanding it as a dynamic, broader concept [1,2].

The DSM-5 defines three types of cultural concepts of distress:

1. *Cultural syndromes* - Symptom patterns commonly found in specific cultural contexts, recognized locally as meaningful illness experiences.
2. *Cultural idioms of distress* - Shared ways of expressing suffering that may not align with specific diagnoses, reflecting how individuals talk about personal or social distress.
3. *Cultural explanations or perceived causes* - Culturally shaped beliefs about the origin or meaning of symptoms or illness.

An appendix in the DSM-5 [2] includes a glossary of well-documented cultural concepts of distress, highlighting their clinical relevance and the relationships between syndromes, idioms, and cultural explanations. This glossary is reproduced in Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress" below.

We recommend field workers to view this glossary not as a fixed or universal reference, but as a set of examples to guide awareness and inquiry. Culture and language are constantly evolving; idioms may vary across generations, social groups, or regions, and their meanings may shift over time. Field workers should remain open and curious, especially when encountering unfamiliar expressions or forms of distress. Engaging with individuals to co-create a shared understanding of their experience-rather than relying solely on predefined terms-helps ensure more respectful and accurate support. Ultimately, the glossary is a starting point, not a substitute for culturally sensitive, person-centered engagement.

Table 2.1.1.-R: "Glossary of Cultural Concepts of Distress"

Idiom/Syndrom	Description
Ataque de nervios Related conditions in other cultural contexts: <i>Indisposition</i> in Haiti, <i>blacking out</i> in the Southern United States, and <i>falling out</i> in the West Indies. Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, conversion (functional neurologic symptom) disorder, intermittent explosive disorder, other specified or unspecified anxiety disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder.	<i>Ataque de nervios</i> ("attack of nerves") is a syndrome among individuals of Latino descent, characterized by symptoms of intense emotional upset, including acute anxiety, anger, or grief; screaming and shouting uncontrollably; attack of crying; trembling; heat in the chest rising into the head; and becoming verbally and physically aggressive. Dissociative experiences (e.g., depersonalization, derealization, amnesia), seizure-like or fainting episodes, and suicidal gestures are prominent in some <i>ataques</i> but absent in others. A general feature of an <i>ataque de nervios</i> is a sense of being out of control. Attacks frequently occur as a direct result of a stressful event relating to the family, such as news of the death of a close relative, conflicts with a spouse or children, or witnessing an accident involving a family member. For a minority of individuals, no particular social event triggers their <i>ataques</i>; instead, their vulnerability to losing control comes from the accumulated experience of suffering. No one-to-one relationship has been found between <i>ataque</i> and any specific psychiatric disorder, although several disorders, including panic disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, and conversion disorder, have symptomatic overlap with <i>ataque</i>. In community samples, <i>ataque</i> is associated with suicidal ideation, disability, and outpatient psychiatric utilization, after adjustment for psychiatric diagnoses, traumatic exposure, and other covariates. However, some <i>ataques</i> represent normative expressions of acute distress (e.g., at a funeral) without clinical sequelae. The term <i>ataque de nervios</i> may also refer to an idiom of distress that includes any "fit"-like paroxysm of emotionality (e.g., hysterical laughing) and may be used to indicate an episode of loss of control in response to an intense stressor.

Dhat syndrome

Related conditions in other cultural contexts:

koro in Southeast Asia, particularly Singapore and shen-k'uei ("kidney deficiency") in China.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, illness anxiety disorder, erectile disorder, early (premature) ejaculation, other specified or unspecified sexual dysfunction, academic problem.

Dhat syndrome is a term that was coined in **South Asia** little more than half a century ago to account for common clinical presentations of young male patients who attributed their various symptoms to semen loss. Despite the name, it is not a discrete syndrome but rather a cultural explanation of distress for patients who refer to diverse symptoms, such as anxiety, fatigue, weakness, weight loss, impotence, other multiple somatic complaints, and depressive mood. The cardinal feature is anxiety and distress about the loss of *dhat* in the absence of any identifiable physiological dysfunction. *Dhat* was identified by patients as a white discharge that was noted on defecation or urination. Ideas about this substance are related to the concept of *dhatu* (semen) described in the Hindu system of medicine, Ayurveda, as one of seven essential bodily fluids whose balance is necessary to maintain health.

Although *dhat syndrome* was formulated as a cultural guide to local clinical practice, related ideas about the harmful effects of semen loss have been shown to be widespread in the general population, suggesting a cultural disposition for explaining health problems and symptoms with reference to *dhat syndrome*. Research in health care settings has yielded diverse estimates of the syndrome's prevalence (e.g., 64% of men attending psychiatric clinics in India for sexual complaints; 30% of men attending general medical clinics in Pakistan). Although *dhat syndrome* is most commonly identified with young men from lower socioeconomic backgrounds, middle-aged men may also be affected. Comparable concerns about white vaginal discharge (leu-korrhea) have been associated with a variant of the concept for women.

Khyal cap

Related conditions in other cultural contexts:

Laos (*pen lom*), Tibet (*srog rlunggi nad*), Sri Lanka (*vata*), and Korea (*hwa byung*).

"Khyal attacks" (*khyâl cap*), or "wind attacks," is a syndrome found among **Cambodians in the United States and Cambodia**. Common symptoms include those of panic attacks, such as dizziness, palpitations, shortness of breath, and cold extremities, as well as other symptoms of anxiety and autonomic arousal (e.g., tinnitus and neck soreness). Khyâl attacks include catastrophic cognitions centered on the concern that *khyâl* (a windlike substance) may rise in the body—along with blood—

Related conditions in DSM-5: Panic attack, panic disorder, generalized anxiety disorder, agoraphobia, posttraumatic stress disorder, illness anxiety disorder.

and cause a range of serious effects (e.g., compressing the lungs to cause shortness of breath and asphyxia; entering the cranium to cause tinnitus, dizziness, blurry vision, and a fatal syncope). Khyâl attacks may occur without warning, but are frequently brought about by triggers such as worrisome thoughts, standing up (i.e., orthostasis), specific odors with negative associations, and agoraphobic-type cues like going to crowded spaces or riding in a car. Khyâl attacks usually meet panic attack criteria and may shape the experience of other anxiety and trauma- and stressor-related disorders. Khyâl attacks may be associated with considerable disability.

Kufungisisa

Related conditions in other cultural contexts: "Thinking too much" is a common idiom of distress and cultural explanation across many countries and ethnic groups. It has been described in Africa, the Caribbean and Latin America, and among East Asian and Native American groups.

Kufungisisa ("thinking too much" in Shona) is an idiom of distress and a cultural explanation among the **Shona of Zimbabwe**. As an explanation, it is considered to be causative of anxiety, depression, and somatic problems (e.g., "my heart is painful because I think too much"). As an idiom of psychosocial distress, it is indicative of interpersonal and social difficulties (e.g., marital problems, having no money to take care of children). Kufungisisa involves ruminating on upsetting thoughts, particularly worries.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, posttraumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, persistent complex bereavement disorder.

Kufungisisa is associated with a range of psychopathology, including anxiety symptoms, excessive worry, panic attacks, depressive symptoms, and irritability. In a study of a random community sample, two-thirds of the cases identified by a general psychopathology measure were of this complaint.

In many cultures, "thinking too much" is considered to be damaging to the mind and body and to cause specific symptoms like headache and dizziness. "Thinking too much" may also be a key component of cultural syndromes such as "brain fog" in Nigeria. In the case of brain fog, "thinking too much" is primarily attributed to excessive study, which is considered to damage the brain in particular, with symptoms including feelings of heat or crawling sensations in the head.

Maladi moun

Related conditions in other cultural contexts:

Concerns about illness (typically, physical illness) caused by envy or social conflict are common across cultures and often expressed in the form of "evil eye" (e.g. in Spanish, *mal de ojo*, in Italian, *mal'occhio*).

Related conditions in DSM-5: Delusional disorder, persecutory type; schizophrenia with paranoid features.

Maladi moun (literally "humanly caused illness," also referred to as "sent sickness") is a cultural explanation in Haitian communities for diverse medical and psychiatric disorders. In this explanatory model, interpersonal envy and malice cause people to harm their enemies by sending illnesses such as psychosis, depression, social or academic failure, and inability to perform activities of daily living. The etiological model assumes that illness may be caused by others' envy and hatred, provoked by the victim's economic success as evidenced by a new job or expensive purchase. One person's gain is assumed to produce another person's loss, so visible success makes one vulnerable to attack. Assigning the label of sent sickness depends on mode of onset and social status more than presenting symptoms. The acute onset of new symptoms or an abrupt behavioral change raises suspicions of a spiritual attack. Someone who is attractive, intelligent, or wealthy is perceived as especially vulnerable, and even young healthy children are at risk.

Nervios

Related conditions in other cultural contexts:

Nevra among Greeks in North America, *nierbi* among Sicilians in North America, and *nerves* among whites in Appalachia and Newfoundland.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, other specified or unspecified dissociative disorder, somatic symptom disorder, schizophrenia.

Nervios ("nerves") is a common idiom of distress among Latinos in the United States and Latin America. Refers both to a general state of vulnerability to stress and to a syndrome evoked by difficult life circumstances. *Nervios* includes a wide range of symptoms of emotional distress, somatic disturbance, and inability to function. Common symptoms include headaches and "brain aches," irritability, stomach disturbances, sleep difficulties, nervousness, tearfulness, inability to concentrate, trembling, tingling sensations, and *mareos* (dizziness with occasional vertigo-like exacerbations). *Nervios* tends to be an ongoing problem, although it is variable in the degree of disability manifested. *Nervios* is a broad syndrome that ranges from cases free of a mental disorder to presentations resembling adjustment, anxiety, depressive, dissociative, somatoform, or psychotic disorders. Differential diagnosis depends on the constellation of symptoms, the kind of social events associated with onset and progress, and the level of disability experienced.

Shenjing shuairuo

Related conditions in other cultural contexts:

Neurasthenia-spectrum idioms and syndromes are present in India (*ashaktapanna*) and Japan (*shinkei-suijaku*), among other settings. Other conditions, such as brain fog syndrome, burnout syndrome, and chronic fatigue syndrome, are also closely related.

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, persistent depressive disorder (dysthymia), generalized anxiety disorder, somatic symptom disorder, social anxiety disorder, specific phobia, posttraumatic stress disorder.

Shenjing shuairuo ("Weakness of the nervous system" in **Mandarin Chinese**) is a cultural syndrome that integrates conceptual categories of traditional Chinese medicine with the Western diagnosis of neurasthenia. In the second, revised edition of the Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-2-R), *shenjing shuairuo* is defined as a syndrome composed of three out of five nonhierarchical symptom clusters: weakness (e.g., mental fatigue), emotions (e.g., feeling vexed), excitement (e.g., increased recollections), nervous pain (e.g., headache), and sleep (e.g., insomnia). *Fan nao* (feeling vexed) is a form of irritability mixed with worry and distress over conflicting thoughts and unfulfilled desires. The third edition of the CCMD retains *shenjing shuairuo* as a somatoform diagnosis of exclusion. Salient precipitants of *shenjing shuairuo* include work- or family-related stressors, loss of face (*mianzi*, *lianzi*), and an acute sense of failure (e.g., in academic performance). *Shenjing shuairuo* is related to traditional concepts of weakness (*xu*) and health imbalances related to deficiencies of a vital essence (e.g., the depletion of *qi* [vital energy] following overstraining or stagnation of *qi* due to excessive worry). In the traditional interpretation, *shenjing shuairuo* results when bodily channels (*jing*) conveying vital forces (*shen*) become dysregulated as a result of various social and interpersonal stressors, such as the inability to change a chronically frustrating and distressing situation. Various psychiatric disorders are associated with *shenjing shuairuo*, notably mood, anxiety, and somatic symptom disorders. In medical clinics in China, however, up to 45% of patients with *shenjing shuairuo* do not meet criteria for any DSM-IV disorder.

Susto

Related conditions in other cultural contexts:

Similar etiological concepts and symptom configurations are found globally. In the Andean region, *susto* is referred to as *espanto*.

Susto ("fright") is a cultural explanation for distress and misfortune prevalent among some **Latinos** in the United States and among people in **Mexico, Central America, and South America**. It is not recognized as an illness category among Latinos from the Caribbean. *Susto* is an illness attributed to a frightening event that causes the soul to leave the body and results in unhappiness and sickness, as well as difficulties functioning in key social roles. Symptoms may appear any time from days to years after the fright is experienced. In extreme cases, *susto* may result in death. There are no

Related conditions in DSM-5: Major depressive disorder, posttraumatic stress disorder, other specified or unspecified trauma and stressor-related disorder, somatic symptom disorders.

specific defining symptoms for *susto*; however, symptoms that are often reported by people with *susto* include appetite disturbances, inadequate or excessive sleep, troubled sleep or dreams, feelings of sadness, low self-worth or dirtiness, interpersonal sensitivity, and lack of motivation to do anything. Somatic symptoms accompanying *susto* may include muscle aches and pains, cold in the extremities, pallor, headache, stomachache, and diarrhea. Precipitating events are diverse, and include natural phenomena, animals, interpersonal situations, and supernatural agents, among others.

Three syndromic types of *susto* (referred to as *cibih* in the local Zapotec language) have been identified, each having different relationships with psychiatric diagnoses. An interpersonal *susto* characterized by feelings of loss, abandonment, and not being loved by family, with accompanying symptoms of sadness, poor self-image, and suicidal ideation, seemed to be closely related to major depressive disorder. When *susto* resulted from a traumatic event that played a major role in shaping symptoms and in emotional processing of the experience, the diagnosis of posttraumatic stress disorder appeared more appropriate. *Susto* characterized by various recurrent somatic symptoms—for which the person sought health care from several practitioners—was thought to resemble a somatic symptom disorder.

Taijin kyofusho

Related conditions in other cultural contexts:
Taein kong po in Korea.

Related conditions in DSM-5: Social anxiety disorder, body dysmorphic disorder, delusional disorder, obsessive-compulsive disorder, olfactory reference

Taijin kyofusho ("interpersonal fear disorder" in **Japanese**) is a cultural syndrome characterized by anxiety about and avoidance of interpersonal situations due to the thought, feeling, or conviction that one's appearance and actions in social interactions are inadequate or offensive to others. In the United States, the variant involves having an offensive body odor and is termed olfactory reference syndrome. Individuals with *taijin kyofusho* tend to focus on the impact of their symptoms and behaviors on others. Variants include major concerns about facial blushing (erythrophobia), having an offensive body odor (olfactory reference syndrome), inappropriate

syndrome (a type of other specified obsessive-compulsive and related disorder). Olfactory reference syndrome is related specifically to the *jikoshu-kyofu* variant of *taijin kyofusho*, whose core symptom is the concern that the person emits an offensive body odor. This presentation is seen in various cultures outside Japan.

gaze (too much or too little eye contact), stiff or awkward facial expression or bodily movements (e.g., stiffening, trembling), or body deformity.

Taijin kyofusho is a broader construct than social anxiety disorder in DSM-5. In addition to performance anxiety, *taijin kyofusho* includes two culture-related forms: a "sensitive type," with extreme social sensitivity and anxiety about interpersonal interactions, and an "offensive type," in which the major concern is offending others. As a category, *taijin kyofusho* thus includes syndromes with features of body dysmorphic disorder as well as delusional disorder. Concerns may have a delusional quality, responding poorly to simple reassurance or counterexample.

The distinctive symptoms of *taijin kyofusho* occur in specific cultural contexts and, to some extent, with more severe social anxiety across cultures. Similar syndromes are found in Korea and other societies that place a strong emphasis on the self-conscious maintenance of appropriate social behavior in hierarchical interpersonal relationships. *Taijin kyofusho*-like symptoms have also been described in other cultural contexts, including the United States, Australia, and New Zealand.

Note: American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837).

American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

REFERENCES

- [1] American Psychiatric Association. (2013). Glossary of cultural concepts of distress. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., pp. 833–837). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [2] von Lersner, U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02755-000>

Unit: 2.2 Intersectionality

Handout 1: “A Non-Exhaustive List of Characteristics”

Based on relevant research [1-7] below you will find a tentative, non-exhaustive list of dimensions that can be especially relevant for refugees and migrants and how they can play a positive/negative role for them.

- **Gender:** generally speaking, the life experiences of individuals are always gendered and this is true for any setting. Concerning refugees and migrants in particular, gender can be e.g. relevant in shaping experiences in the country of origin (e.g. specific oppression and lack of freedom for women in some countries of origin) and during the flight/migration process (e.g. women are generally more exposed to gender-based violence). On the other hand, life in the destination country can coincide with a re-negotiation of gender roles within the family and with new opportunities for all genders.
- **Race/Ethnicity:** these elements are especially relevant regarding exposure to discrimination and racism. Among refugees and migrants, those who are easily labeled as foreigners (e.g. because of their skin color or appearance) are more exposed to discrimination, racist violence etc. These elements, in turn, can have a great impact on how the person feels in the migration country, his/her willingness and ability of participation in the migration society. Race/ethnicity may play a role also in the country of origin, e.g. in case of an ethnic minority.
- **Class:** class is central for the experiences of refugees and migrants in their countries of origin, as class belonging influences education, access to resources, economic situation etc. These factors, in turn, enable some people to leave their country more easily or comfortably than others, or to leave at all when those belonging to the poorest social class might not have this option. Although the flight/migration experience and arrival in a new country often levels the class differences in some ways (e.g. because all asylum seekers/refugees are accommodated in the same facilities and undergo the same legal processes), these persist concerning the immaterial aspects (e.g. knowledge of foreign languages, education, contacts).
- **Age:** age determines the “bodily” experience of flight/migration, the possibilities and perspectives in the country of migration (e.g. in learning the language, finding a job) but is also relevant from a legal point of view. Minors enjoy different rights than adults regarding their asylum process and chances of legal status, and special regulations apply to unaccompanied minors. In this regard, young asylum seekers and migrants might also enjoy some advantages due to their age.
- **Sexuality:** discrimination and oppression based on sexual orientation are a common ground for flight and migration from repressive countries of origin. Furthermore, sexuality plays a role in the country of arrival, as further discrimination experiences due to this reason cannot be excluded. However, it also informs the chances of a successful asylum-seeking procedure, as special rights are recognized to people from sexual minorities coming from countries where e.g. homosexuality is banned and repressed. The shared belonging to a sexual minority can, in some cases, facilitate the contact and the bonding with organized communities in the countries of arrival. This, in turn, can enhance the feeling

of being part of a community and enjoying a safe-space, elements that can become very important for the quality of life and mental health of refugees and migrants.

- **(Dis)ability:** while representing doubtless an additional hurdle in the asylum/migration process, like age and sexuality, disability can provide to the affected person additional possibilities concerning legal status and benefits in the country of migration.
- **Legal status:** this element is of crucial importance for refugees and migrants, as it defines the whole array of possibilities and future perspectives they dispose of (e.g. access to a legal employment, to health care, to education, to social benefits, right to apply for a private accommodation, possibility of travelling, possibility of applying for family reunification etc.). Those with a secure legal status (as recognized refugees or as migrants with legal residency) enjoy much better life conditions than those with an insecure status (e.g. because the asylum process is not completed yet). At the very bottom are the undocumented migrants and those whose asylum application has been rejected, who are *de facto* condemned to an existence in the shadow, with illegal employment, no access to social benefits and an utterly insecure future perspective.
- **Religion:** religion-based persecution can often be a ground for seeking refuge in another country, and members of some religious minorities have chances to a successful asylum application. Furthermore, religion can be for many people an important form of resilience, providing comfort in especially challenging times, but also enabling access to specific communities in the country of migration due to a shared religious belonging.
- **Family ties:** fleeing or migrating with family members instead of alone can be an important resource during the process. However, dependent family members such as young children or the elderly can also represent an additional source of concern, limit participation possibilities for the care-taking person (e.g. the participation to a language course when the children do not attend Kindergarten). Refugees and migrants who have left their countries by themselves can, on the other hand, experience great worries about their families left behind, feeling of shame or responsibility towards them etc.

REFERENCES

- [1] Anthias, F. (2013). Hierarchies of social location, class and intersectionality: Towards a translocational frame. *International Sociology*, 28(1), 121–138. <https://doi.org/10.1177/0268580912463155>
- [2] Cole, E. R. (2009). Intersectionality and research in psychology. *American Psychologist*, 64(3), 170–180. <https://doi.org/10.1037/a0014564>
- [3] Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167.
- [4] Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- [5] Danisi, C., Dustin, M., Ferreira, N., & Held, N. (2021). *Queering Asylum in Europe: Legal and Social Experiences of Seeking International Protection on grounds of Sexual Orientation and Gender Identity*. Springer Nature.
- [6] Ekoh, P. C., & Okoye, U. O. (2022). More than just forced migrants: using intersectionality to understand the challenges and experiences of older refugees in Western societies. *Journal of Social Work in Developing Societies*, Vol. 4(2), 33–52.
- [7] Moussaoui, D., Bhugra, D., Tribe, R., & Ventriglio, A. (2021). *Mental Health, Mental Illness and Migration*. Springer.

Unit:

2.3 Mental Health and Suicide Risk Assessment

Table 1: “List of Recommended Tests”

Construct measured	Test	
Life Quality and Health	RHS-15 (Refugee Health Screener-15; Hollifield et al., 2013) ^[1] RHS-15 PDF – Pathways to Wellness	Brief screening tool specifically designed to assess emotional distress in refugees and other displaced migrants. Developed to address the unique mental health needs of refugees, the RHS-15 helps identify individuals who may be experiencing significant psychological distress, including symptoms of depression, anxiety, and PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder).
	WHOQOL-100 (WHO Quality of Life-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) ^[2] WHOQOL-100 – World Health Organization	The WHOQOL-100 assesses quality of life across physical, psychological, social, and environmental domains. It is well-suited for transcultural use due to its strong cross-cultural validity, extensive field-testing in diverse countries, and availability in multiple languages.
	WHOQOL-BREF (Short version of WHOQOL-100; Angermeyer, Kilian and Matschinger, 2000) WHOQOL-BREF – World Health Organization	Fewer items than WHOQOL-100. Quicker to administer.
	SWLS (Satisfaction with life scale; Diener et al. 1985) ^[3] SWLS – Ed Diener’s Lab, University of Illinois	A brief 5-item measure of global life satisfaction, assessing individuals’ judgments about their goals, achievements, and overall contentment with life. It is widely used across cultures due to its strong psychometric properties, simple wording, and availability in many languages. Its demonstrated cross-cultural reliability makes it a valuable tool in transcultural and international research on well-being.
	PSS (Perceived Stress Scale; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) ^[4] PSS – Mapi Research Trust	A widely used 10-item questionnaire that measures individuals’ perception of stress, focusing on feelings of unpredictability, lack of control, and overload. It is especially relevant in transcultural contexts due to its availability in numerous languages and its demonstrated validity across diverse cultural groups, making it a reliable tool for assessing perceived stress in international and multicultural research settings.

	IADQ (Adjustment Disorder Questionnaire; Shevlin et al., 2019) ^[5] IADQ – Trauma Measures Global	The IADQ is a brief self-report tool developed to assess Adjustment Disorder (Ajd) as defined by the ICD-11, focusing on core symptoms like stressor exposure, preoccupation, and failure to adapt. Designed for international applicability, it has been validated across diverse cultural contexts and is available in multiple languages, including English, German, Hebrew, and Chinese, making it a reliable instrument for cross-cultural research and screening.
Explanatory Models for Mental Health Issues	IPQ-R (Illness Perception Questionnaire-Revised; Moss-Morris et al., 2002) ^[6] IPQ-R PDF – Royal Holloway University of London	Helps to understand how individuals perceive their illness. It covers various dimensions such as identity (symptoms associated with the illness), cause (beliefs about the cause of the illness), timeline (perceived duration), consequences (expected impact), and control/cure (beliefs about the manageability and treatment of the illness). It is particularly relevant in transcultural contexts due to its strong psychometric properties, availability in multiple languages, and validation across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for cross-cultural research and clinical practice.
	MINI (McGill Illness Narrative Interview, Groleau, Young and Kirmayer, 2006) ^[7] MINI – McGill University	A semi-structured qualitative interview designed to elicit detailed personal narratives about illness experiences. It comprises three main sections: (1) a temporal narrative of symptom and illness experience, (2) prototype narratives based on previous experiences or those of others, and (3) explanatory models encompassing labels, causal attributions, and expectations for treatment and outcomes. Supplementary sections explore help-seeking behaviors, treatment experiences, and the impact of illness on identity and relationships. The MINI has been translated into multiple languages and validated across diverse cultural contexts, making it a valuable tool for cross-cultural research and clinical practice.
Suicide Assessment	C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale; Posner et al., 2011) ^[8] C-SSRS – Columbia University	A structured tool designed to assess the severity and immediacy of suicidal ideation and behaviors. It evaluates aspects such as the presence of suicidal thoughts, the intensity and frequency of these thoughts, the presence of a plan, intent to act, and any preparatory behaviors or actual attempts. The C-SSRS is particularly relevant in transcultural contexts due to its availability in over 150 country-specific languages, many of which have undergone linguistic validation. This extensive linguistic adaptation ensures that the tool maintains its reliability and validity across diverse cultural settings, making it a valuable instrument for global suicide risk assessment.

	CARS (The Cultural Assessment of Risk for Suicide; Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B., 2013) ^[9] (A direct, freely available version of the full CARS questionnaire is not accessible online. For access to the full CARS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A 39-item self-report measure developed to evaluate culturally specific suicide risk factors. It assesses dimensions such as cultural sanctions related to suicide, idioms of distress, minority stress, and social discord, which may influence suicidal thoughts and behaviors. The CARS has demonstrated good internal consistency and convergent validity with established suicide-related measures, making it a valuable tool for culturally competent suicide risk assessment.
	Suicide Risk Assessment Toolkit by Mental Health Commission of Canada (MHCC) in partnership with the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ^[10] Suicide Risk Assessment Toolkit – MHCC	This toolkit helps healthcare professionals choose and use suicide risk assessment tools effectively. It emphasizes that tools should support, not replace, clinical judgment. The toolkit reviews various tools, focusing on their reliability and cultural sensitivity, ensuring they are appropriate for diverse populations including Indigenous peoples, LGBTQ+ communities, and racialized groups. It offers practical guidance to integrate assessments into holistic care.
Depression	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) ^[11] Official PHQ Screeners Website	The PHQ-9 is a brief self-administered tool that assesses the severity of depression based on nine DSM-IV criteria. It asks respondents to rate the frequency of symptoms over the past two weeks. Widely used across cultures, it is available in multiple languages and has been validated internationally, making it suitable for transcultural research and clinical use.
	HAM-D (Test Hamilton - Depression scale; Hamilton 1959) ^[12] HAM-D PDF (University of Florida) HAM-D Online Calculator (QxMD)	The HAM-D is a clinician-administered scale used to assess the severity of depression symptoms, including mood, guilt, insomnia, anxiety, and somatic complaints. It is widely used in clinical and research settings and has been translated and validated in multiple languages, making it suitable for use in diverse cultural contexts.
	HSCL-25, second part (Hopkins Symptom Checklist, second part, depression; Petermann and Brähler, 2013) ^[13] HSCL-25 – HPRT Cambridge	The HSCL-25 is a self-report questionnaire assessing symptoms of anxiety and depression. Part 2 focuses on depression, evaluating mood, energy, sleep, and self-worth. It has been validated across various populations and translated into multiple languages, making it suitable for transcultural research and clinical use.
Anxiety Disorders	HAM-A (Test Hamilton – Anxiety scale; Hamilton, 1959) ^[12] HAM-A – MDCalc	The HAM-A is a clinician-administered scale that assesses the severity of anxiety through 14 items covering both psychological and somatic symptoms. It evaluates aspects like anxious mood, tension, and physical complaints. Widely translated and validated, it is a valuable tool for assessing anxiety in diverse cultural and clinical contexts.

	HSCL-25, first part (Hopkins Symptom Checklist, first part) ^[13] 🔗 HSCL-25 – HPRT Cambridge	The first part of the HSCL-25 focuses specifically on anxiety symptoms. It assesses a range of symptoms associated with anxiety, such as nervousness, fearfulness, and physical symptoms like dizziness. Due to its availability in multiple languages and strong cross-cultural validation, it is especially relevant in transcultural mental health assessments.
PTSD	CAPS-5 (Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5; Weathers et al., 2013) ^[14] 🔗 CAPS-5 – ISTSS	The CAPS-5 is a structured clinical interview used to diagnose PTSD and assess symptom severity based on DSM-5 criteria. It is highly valued in transcultural contexts because clinicians can adapt questions and clarify meanings, allowing culturally sensitive assessment. It has been validated across diverse populations and is available in multiple languages.
	HTQ (Harvard Trauma Questionnaire; Mollica et al. 1992) ^[15] 🔗 HTQ – HPRT Cambridge	Self-report tool assessing trauma exposure and PTSD symptoms, especially in refugee and war-affected populations. Includes culturally specific items and has been translated and validated widely.
	ITQ (International Trauma Questionnaire; Cloitre et al., 2018) ^[16] 🔗 ITQ – Trauma Measures Global	Brief self-report tool for PTSD and Complex PTSD based on ICD-11. Designed to be culturally neutral and validated in many countries, with versions in over 30 languages.
	IES-R (The Impact of Event Scale – Revised; Weiß and Marmar, 1997) ^[17] 🔗 IES-R – Trauma Measures Global	Measures distress related to traumatic events, focusing on intrusion, avoidance, and hyperarousal. Broadly used and translated; suitable for transcultural contexts despite not being culture-specific.
	ITEM (International Exposure Trauma Measure; Hyland et al. 2021) ^[18] 🔗 ITEM – Trauma Measures Global	Self-report tool that assesses exposure to a wide range of potentially traumatic events. Developed explicitly for cross-cultural use, avoiding culturally biased assumptions. Validated internationally and available in multiple languages.
	PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al. 2013) ^[19] 🔗 PCL-5 – LA County DMH	A self-report questionnaire for screening and monitoring PTSD symptoms. Widely used, translated into many languages, and adaptable to diverse populations.
Somatisation Disorder	PHQ-15 (Health questionnaire for patients - Somatisation; Kränke, Spitzer and Qillias, 2002) ^[20] 🔗 Official PHQ Screeners Website	Self-report questionnaire assessing the severity of somatic symptoms over the past four weeks. It covers 15 common physical complaints, such as pain, gastrointestinal issues, and fatigue. In transcultural contexts, its straightforward language and broad symptom coverage make it adaptable across diverse populations. The PHQ-15 has been translated into multiple languages and validated internationally, enhancing its utility in various cultural settings.

	SOMS-2 (Screening for somatoform symptoms - 2; Rief and Hiller, 2008) ^[21] (A direct, freely available version of the full SOMS-2 questionnaire is not accessible online. For access to the full SOMS-2 instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A comprehensive self-report tool designed to identify somatoform symptoms by listing numerous physical complaints without identifiable medical causes. Its broad symptom coverage supports detailed evaluation across cultural contexts, accommodating varying symptom expressions.
Migratory Stress, Acculturative Strategies, Migratory Mourning	BISS (Barcelona Immigration Stress Scale; Tomás-Sábado, Qureshi, Montserrat, & Collazos, 2007; Eiroa-Orosa, Evangelidou, Qureshi, & Collazos, 2023) ^[22, 23] (A direct, freely available version of the full BISS questionnaire is not accessible online. For access to the full BISS instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	A 42-item self-report questionnaire developed to assess acculturative stress among immigrants, particularly in European contexts. It evaluates various stressors associated with the migration experience, such as homesickness, perceived discrimination, cultural adaptation challenges, and general psychosocial stress. Designed with cultural sensitivity in mind, the BISS has been validated across diverse immigrant populations, demonstrating its applicability in transcultural settings. Its comprehensive approach allows for a nuanced understanding of the psychological impact of immigration across different cultural groups.
	FRACC (Frankfurt Acculturation Scale; Bongard, Etzler and Frankenberg, 2020) ^[24] (A direct, freely available version of the full FRACC questionnaire is not accessible online. For access to the full FRACC instrument, including its manual and normative data, might require contacting the authors directly or obtaining them through academic or clinical channels).	Is a 20-item self-report tool that measures how migrants balance their heritage and host cultures, based on Berry's acculturation model. It identifies four strategies: integration, assimilation, separation, and marginalization.

Handout 2: “Complete CFI in English”

Cultural Formulation Interview (CFI)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

*I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about **your** experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.*

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.
Focus on the individual's own way of understanding the problem.
Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., “your conflict with your son”).

1. What brings you here today?
IF INDIVIDUAL GIVES FEW DETAILS OR ONLY MENTIONS SYMPTOMS OR A MEDICAL DIAGNOSIS, PROBE:
People often understand their problems in their own way, which may be similar to or different from how doctors describe the problem. How would you describe your problem?

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

3. What troubles you most about your problem?

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

CAUSES

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

PROMPT FURTHER IF REQUIRED:

Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

STRESSORS AND SUPPORTS

(Social Network, Caregivers, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Cultural Identity, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Elicit information on the individual's life context, focusing on resources, social supports, and resilience. May also probe other supports (e.g., from co-workers, from participation in religion or spirituality).

6. Are there any kinds of support that make your [PROBLEM] better, such as support from family, friends, or others?

Focus on stressful aspects of the individual's environment. Can also probe, e.g., relationship problems, difficulties at work or school, or discrimination.

7. Are there any kinds of stresses that make your [PROBLEM] worse, such as difficulties with money, or family problems?

ROLE OF CULTURAL IDENTITY

(Cultural Identity, Psychosocial Stressors, Religion and Spirituality, Immigrants and Refugees, Older Adults, Children and Adolescents)

Ask the individual to reflect on the most salient elements of his or her cultural identity. Use this information to tailor questions 9–10 as needed.

8. For you, what are the most important aspects of your background or identity?

Elicit aspects of identity that make the problem better or worse.

9. Are there any aspects of your background or identity that make a difference to your [PROBLEM]?

Probe as needed (e.g., clinical worsening as a result of discrimination due to migration status, race/ethnicity, or sexual orientation).

Probe as needed (e.g., migration-related problems; conflict across generations or due to gender roles).

10. Are there any aspects of your background or identity that are causing other concerns or difficulties for you?

CULTURAL FACTORS AFFECTING SELF-COPING AND PAST HELP SEEKING

SELF-COPING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors)

Clarify self-coping for the problem.

11. Sometimes people have various ways of dealing with problems like [PROBLEM]. What have you done on your own to cope with your [PROBLEM]?

Cultural Formulation Interview (CFI)

PAST HELP SEEKING

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Caregivers, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Elicit various sources of help (e.g., medical care, mental health treatment, support groups, work-based counseling, folk healing, religious or spiritual counseling, other forms of traditional or alternative healing).

Probe as needed (e.g., "What other sources of help have you used?").

Clarify the individual's experience and regard for previous help.

12. Often, people look for help from many different sources, including different kinds of doctors, helpers, or healers. In the past, what kinds of treatment, help, advice, or healing have you sought for your [PROBLEM]?

PROBE IF DOES NOT DESCRIBE USEFULNESS OF HELP RECEIVED:

What types of help or treatment were most useful? Not useful?

BARRIERS

(Coping and Help Seeking, Religion and Spirituality, Older Adults, Psychosocial Stressors, Immigrants and Refugees, Social Network, Clinician-Patient Relationship)

Clarify the role of social barriers to help seeking, access to care, and problems engaging in previous treatment.

Probe details as needed (e.g., "What got in the way?").

13. Has anything prevented you from getting the help you need?

PROBE AS NEEDED:

For example, money, work or family commitments, stigma or discrimination, or lack of services that understand your language or background?

CULTURAL FACTORS AFFECTING CURRENT HELP SEEKING

PREFERENCES

(Social Network, Caregivers, Religion and Spirituality, Older Adults, Coping and Help Seeking)

Clarify individual's current perceived needs and expectations of help, broadly defined.

Probe if individual lists only one source of help (e.g., "What other kinds of help would be useful to you at this time?").

Focus on the views of the social network regarding help seeking.

Now let's talk some more about the help you need.

14. What kinds of help do you think would be most useful to you at this time for your [PROBLEM]?

15. Are there other kinds of help that your family, friends, or other people have suggested would be helpful for you now?

CLINICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

(Clinician-Patient Relationship, Older Adults)

Elicit possible concerns about the clinic or the clinician-patient relationship, including perceived racism, language barriers, or cultural differences that may undermine goodwill, communication, or care delivery.

Probe details as needed (e.g., "In what way?").

Address possible barriers to care or concerns about the clinic and the clinician-patient relationship raised previously.

Sometimes doctors and patients misunderstand each other because they come from different backgrounds or have different expectations.

16. Have you been concerned about this and is there anything that we can do to provide you with the care you need?

Note: American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*.

https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf

Handout 3: “Risk Factors Associated with Suicide”

- **Acculturation stress and identity conflict:** the intense pressure to adapt to a new culture can lead to significant stress and identity conflict. As discussed in the unit 1.4. the struggle to balance the values and norms of their culture of origin with those of the host culture can result in feelings of confusion, isolation, and distress. These feelings can increase the risk of suicidal ideation and behaviour [26, 28].
- **Social isolation and lack of support networks:** separation from family and familiar social networks is common among migrants. This isolation can be exacerbated by language barriers and difficulties in establishing new social connections in the host country. The resulting loneliness and lack of social support are potent risk factors for suicide [26, 27].
- **Family conflicts:** Tensions and conflicts within the family, especially due to intergenerational cultural gaps or differing adaptation speeds, increase psychological distress and suicide risk among migrants [26, 27, 29].
- **Experiences of discrimination and xenophobia:** experiences of discrimination and xenophobia can lead to chronic stress, a sense of helplessness, and a diminished sense of belonging, all of which contribute to an increased risk of suicide. It might lead to re-traumatisation or new traumatic experiences, especially when physical and emotional violence takes part. Discrimination can also exacerbate the previous risk factors since the person feels isolated and has much fewer opportunities to establish and cover all basic needs [26, 27].
- **Trauma exposure pre- and post-migration:** consider the history of trauma of the client. These can be histories of trauma related to war, persecution, or violence in their home countries, as well as traumatic experiences during the migration process and can lead to (complex) post-traumatic stress disorder (C-PTSD) and other trauma-related mental health conditions that heighten the risk of suicide [26,28].
- **Legal status and fear of deportation:** uncertainty about legal status and the fear of deportation are significant existential stressors for many migrants. This fear can contribute to anxiety, depression, and feelings of hopelessness, all of which are associated with an increased risk of suicide [27, 28].
- **Substance abuse as coping mechanism:** studies show that alcohol abuse, in combination with other risk factors explained above, can lead to suicide behaviour and, therefore, a higher risk of suicide. This can be explained by the lack of sustainable resources to cope with emotional, psychological or social problems [27, 29].
- **Gender-specific vulnerabilities:** Immigrant women may face compounded risks due to gender roles, violence, and cultural pressures that increase their risk of suicidal behavior [26].

REFERENCES

- [1] Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., & SooHoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): Development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 202–209. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002>
- [2] Angermeyer, M. C., Kilian, R., & Matschinger, H. (2000). WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF: A comparative review of their psychometric properties and results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(1), 36–43. <https://doi.org/10.1007/s001270050005>
- [3] Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- [4] Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- [5] Lorenz, L., Bachem, R. C., & Maercker, A. (2016). The Adjustment Disorder–New Module 20 as a Screening Instrument: Cluster Analysis and Cut-off Values. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 7(4), 215–220. <https://doi.org/10.15171/ijoom.2016.775>
- [6] Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- [7] Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671–691. <https://doi.org/10.1177/1363461506070796>
- [8] Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>
- [9] Chu, J., Floyd, R., Diep, H., Pardo, S., Goldblum, P., & Bongar, B. (2013). A tool for the culturally competent assessment of suicide: The Cultural Assessment of Risk for Suicide (CARS) Measure. *Psychological Assessment*, 25(1), 170–181. <https://doi.org/10.1037/a0031264>
- [10] Mental Health Commission of Canada (MHCC) & Canadian Patient Safety Institute (CPSI). (2021). *Suicide Risk Assessment Toolkit*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2021-01/mhcc_cpsi_suicide_risk_assessment_toolkit_eng.pdf
- [11] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- [12] Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- [13] Petermann, F., & Brähler, E. (2013). *Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25)*. Hogrefe Publishing.
- [14] Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. [Assessment] Available from www.ptsd.va.gov
- [15] Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(2), 111–116. <https://doi.org/10.1097/00005053-199202000-00008>
- [16] Cloitre, M., Roberts, N. P., Bisson, J. I., & Brewin, C. R. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- [17] Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- [18] Nielsen, T., Elklit, A., Vang, M. L., Nielsen, S. B., Auning-Hansen, M., & Palic, S. (2023). Cross-cultural validity and psychometric properties of the International Trauma Questionnaire in a clinical refugee sample. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2172256>
- [19] Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.

- [20] Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- [21] Rief, W., & Hiller, W. (2008). Screening für Somatoforme Störungen (SOMS). Manual. (2., vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Bern: Hans Huber.
- [22] Tomás-Sábado, J., Qureshi, A., Montserrat, A., & Collazos, F. (2007). Construction and preliminary validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Psychological Reports*, 100(3), 1013–1023. <https://doi.org/10.2466/PRO.100.3.1013-1023>
- [23] Eiroa-Orosa, F. J., Evangelidou, S., Qureshi, A., & Collazos, F. (2023). Cross-cultural validation of the Barcelona Immigration Stress Scale. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25(6), 1339–1353. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01520-2>
- [24] Bongard, S., Etzler, S., & Frankenberg, E. (2020). Frankfurter Akkulturationsskala (FRAKK). Göttingen: Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000648>
- [25] American Psychiatric Association. (2013). *Cultural Formulation Interview (CFI)*. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf
- [26] Heredia Montesinos, A., Heinz, A., Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2013). Precipitating and risk factors for suicidal behaviour among immigrant and ethnic minority women in Europe: A systematic review. *Suicidology Online*, 4, 60–80. <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2013-4-60-80.pdf>
- [27] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2024). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Social Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2327389>
- [28] Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardo, V., Fiorillo, A., Girardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- [29] Carta, M. G., Bernal, M., Hardoy, M. C., & Haro-Abad, J. M. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208963/>

Unit: 2.4 Psychological First Aid

Handout 1: “Special Situation of Children”

How children react to the hardships of a crisis depends on their **age** and **developmental** stage. It also depends on the ways their caregivers and other adults interact with them (if they exist). For example, young children may not fully understand what is happening around them and are especially in need of support from caregivers. **In general, children cope better when they have a stable, calm adult around them.** [1,2]

THINGS TO SAY AND DO FOR CHILDREN

Keep together with loved ones

- » Keep them together with their caregivers and family whenever possible. Try not to let them get separated.
- » When unaccompanied, link them with a trustworthy child protection network or agency. Don't leave the child unattended.
- » If no child protection agency is available, take steps yourself to find their caregivers or to contact other family who can care for them.

Keep safe

- » Protect them from being exposed to any gruesome scenes, like injured people or terrible destruction.
- » Protect them from hearing upsetting stories about the event.
- » Protect them from the media or from people who want to interview them who are not part of the emergency response.

Listen, talk and play

- » Be calm, talk softly and be kind.
- » Listen to children's views on their situation.
- » Try to talk with them on their eye level, and use words and explanations they can understand.
- » Introduce yourself by name and let them know you are there to help.
- » Find out their name, where they are from, and any information you can in order to help find their caregivers and other family members.
- » When they are with their caregivers, support the caregivers in taking care of their own children.
- » If passing time with children, try to involve them in play activities or simple conversation about their interests, according to their age.

Note: Graphic from World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>

Remember that children also have their own resources for coping. Learn what these are and support positive coping strategies, while helping them to avoid negative coping strategies. Older children and adolescents can often help in crisis situations. Finding safe ways for them to contribute to the situation may help them to feel more in control.

The three principles “Look, Listen, Link” of PFA for children: [1,2]

“LOOK” FOR:

- ✓ information on what has happened
- ✓ safety and security risks
- ✓ who the child is with or whether the child is alone
- ✓ physical injuries
- ✓ immediate basic, practical and protection needs emotional reactions.
- ✓ Assess emotional reactions

“LINK”

- ✓ assess the child’s needs, with the child, if possible
- ✓ help the child access protection and services for basic needs
- ✓ give age-appropriate information
- ✓ connect the child with loved ones and, if needed, social services

“LISTEN”

- ✓ approach the child and introduce yourself
- ✓ calm the child
- ✓ pay attention and listen actively
- ✓ accept and validate the child’s reactions and feelings
- ✓ ask about needs and concerns with age-appropriate questions
- ✓ help the child find solutions to their immediate needs and problem

Note: Adapted from *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies* (pp. 58–61), by International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2018, IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.

REFERENCES

- [1] World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [2] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. (2018). *A guide to psychological first aid for Red Cross and Red Crescent societies*. IFRC Reference Centre for Psychosocial Support.
Retrieved September 12, 2024, from <https://pscentre.org/?resource=a-guide-to-psychological-first-aid-for-red-cross-red-crescent-societies>



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Μάθημα 3.

Βελτίωση Δεξιοτήτων Διαχείρισης Αναγκών Ψυχικής Υγείας Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία

**Ιατροί, Ψυχολόγοι, Ψυχοθεραπευτές/-τριες, Νοσηλευτικό
Προσωπικό, Κοινωνικοί/-ές Λειτουργοί, Σύμβουλοι, Φροντιστές /-τριες
Ασυνόδευτων Ανηλίκων και Εθελοντές/-τριες**

Το περιεχόμενο συντάχθηκε από το Ινστιτούτο **Prolepsis** (Ινστιτούτο Προληπτικής Ιατρικής, Περιβαλλοντικής και Επαγγελματικής Υγείας - Ελλάδα), τη **Zadig** (Zadig Srl, società benefit - Ιταλία) και το **Τεχνολογικό Ινστιτούτο Κύπρου/ΤΕΙ** (Κύπρος), υπό την επιμέλεια του Ινστιτούτου **Prolepsis** (Ελλάδα).

Τελευταία ενημέρωση: Δεκέμβριος 2024

Μάθημα:	3. Βελτίωση Δεξιοτήτων Διαχείρισης Αναγκών Ψυχικής Υγείας Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία
Έκδοση:	Ιατροί, Ψυχολόγοι, Ψυχοθεραπευτές/-τριες, Νοσηλευτικό Προσωπικό, Κοινωνικοί/-ές Λειτουργοί, Σύμβουλοι, Φροντιστές /-τριες Ασυνόδευτων Ανηλίκων και Εθελοντές/-τριες
Υπεύθυνοι Εταίροι:	Ινστιτούτο Prolepsis, Zadig, CUT

Επισκόπηση Μαθήματος

Αυτό το μάθημα αποσκοπεί στον εφοδιασμό επαγγελματιών και εθελοντών πλην διερμηνέων και πολιτισμικών διαμεσολαβητών με τις απαραίτητες δεξιότητες και στρατηγικές για τη διαχείριση των αναγκών ψυχικής υγείας μεταναστών και προσφύγων. Δίνει έμφαση στην αποτελεσματική επικοινωνία, την πολιτισμική επίγνωση (cultural awareness), τη συνεργασία με διερμηνείς και διαμεσολαβητές και τη διακλαδική ομαδική εργασία. Μια συμπληρωματική ενότητα στο τέλος του μαθήματος εστιάζεται στις μοναδικές συνθήκες των παιδιών και των νέων μεταναστών, συμπεριλαμβανομένων των ασυνόδευτων ανηλίκων. Η Ενότητα 3.1 εστιάζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία, παρέχοντας εργαλεία για την οικοδόμηση ενσυναίσθησης, εμπιστοσύνης και σχέσης με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, και στην υπέρβαση των γλωσσικών και πολιτισμικών φραγμών, μέσω τεχνικών όπως η μη βίαιη επικοινωνία και η αναστοχαστική πρακτική. Η Ενότητα 3.2 δίνει έμφαση στην πολιτισμική ευαισθητοποίηση, ενθαρρύνοντας τον αναστοχασμό σχετικά με τις προκαταλήψεις και προάγοντας πολιτισμικά ευαίσθητες προσεγγίσεις στη φροντίδα, με μια εισαγωγή στη δομική επάρκεια (structural competency) για την αντιμετώπιση των συστημικών ανισοτήτων. Η Ενότητα 3.3 εμβαθύνει στη συνεργασία για αποτελεσματική διερμηνεία και πολιτισμική διαμεσολάβηση, τονίζοντας τον ρόλο των διερμηνέων και των πολιτισμικών διαμεσολαβητών στη γεφύρωση των γλωσσικών και πολιτισμικών διαφορών. Ταυτόχρονα, παρέχει κατευθυντήριες γραμμές για την ομαδική εργασία σε πλαίσια τριμερούς επικοινωνίας. Η Ενότητα 3.4 διερευνά τη διακλαδική συνεργασία στον τομέα της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, προάγοντας ολοκληρωμένες προσεγγίσεις φροντίδας για διάφορους επαγγελματικούς ρόλους. Τέλος, η Ενότητα 3.5 εξετάζει την ειδική κατάσταση των παιδιών και πραγματεύεται τις μοναδικές ανάγκες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των παιδιών μεταναστών και προσφύγων με προσαρμοσμένες στρατηγικές για τη διασφάλιση της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης και της δέσμευσης.

Προσδοκώμενα μαθησιακά αποτελέσματα:

Με την ολοκλήρωση αυτού του μαθήματος, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι σε θέση να:

- Επιδεικνύουν αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες κατά τρόπο ώστε να διευκολύνεται η οικοδόμηση εμπιστοσύνης, ενσυναίσθησης και σχέσης με μετανάστες και πρόσφυγες
- Εντοπίζουν και να διαχειρίζονται τα μη λεκτικά στοιχεία επικοινωνίας, κατανοώντας τη σημασία τους και χρησιμοποιώντας τα αποτελεσματικά για την εδραίωση σχέσης
- Εφαρμόζουν αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης της μη βίαιης επικοινωνίας και της πρακτικής του αναστοχασμού
- Εφαρμόζουν την πολιτισμική επίγνωση και τη δομική επάρκεια για τη διαμόρφωση της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης κατά τρόπο ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την εκάστοτε πραγματικότητα
- Συνεργάζονται αποτελεσματικά με διερμηνείς και πολιτισμικούς διαμεσολαβητές και να κατανοούν τους ρόλους τους
- Εφαρμόζουν βέλτιστες πρακτικές στην τριαδική επικοινωνία για τη γεφύρωση γλωσσικών και πολιτισμικών διαφορών
- Διευκολύνουν τη διεπαγγελματική συνεργασία, απαρτιώνοντας τους ρόλους διαφόρων επαγγελματιών για την παροχή ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς
- Επανεξετάζουν τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες, καθώς και τις διαφορετικές ανάγκες και αντιδράσεις στο στρες που σχετίζονται με τα εκτοπισμένα παιδιά
- Ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες των παιδιών μεταναστών και προσφύγων, χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις που ανταποκρίνονται στην ηλικία τους για να διασφαλίσουν την ασφάλεια, την εμπιστοσύνη και τη δέσμευση

Ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτό το μάθημα:

**Μάθημα 3. Βελτίωση Δεξιοτήτων Διαχείρισης Ψυχικών Αναγκών
Ανθρώπων με Μεταναστευτική Εμπειρία**

Ενότητα 3.1: Αποτελεσματική επικοινωνία

Ενότητα 3.2: Πολιτισμική επίγνωση

Ενότητα 3.3: Συνεργασία για αποτελεσματική διερμηνεία και πολιτισμική διαμεσολάβηση

Ενότητα 3.4: Διακλαδική συνεργασία στην ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη

Ενότητα 3.5: Ανταπόκριση στην ειδική κατάσταση των παιδιών

Ενότητα 3.1: Αποτελεσματική Επικοινωνία

Επισκόπηση ενότητας

Αυτή η ενότητα καλύπτει βασικά θέματα αποτελεσματικής επικοινωνίας για την υποστήριξη μεταναστών και προσφύγων σε πλαίσια ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Ξεκινά με στρατηγικές για τη συγκρότηση κλίματος ενσυναίσθησης, εμπιστοσύνης και καλής σχέσης, ενώ, στη συνέχεια, υπογραμμίζεται ο ρόλος των διερμηνέων και των πολιτισμικών διαμεσολαβητών στην υπέρβαση των γλωσσικών και πολιτισμικών φραγμών. Διερευνάται η μη λεκτική επικοινωνία, με πρακτικά παραδείγματα χρήσης χειρονομιών, τόνου και γλώσσας του σώματος για την ενίσχυση της κατανόησης. Εισάγεται η αναστοχαστική πρακτική για να ενισχύσουν οι εργαζόμενοι στο πεδίο την αυτογνωσία τους και να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές τους προσεγγίσεις. Τέλος, παρουσιάζονται οι αρχές της μη βίαιης επικοινωνίας - παρατηρήσεις, συναισθήματα, ανάγκες και αιτήματα - ως εργαλεία για την προώθηση σαφών και συνεργατικών αλληλεπιδράσεων.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Βασικά στοιχεία αποτελεσματικής επικοινωνίας](#)
3. [Αρχές της μη βίαιης επικοινωνίας](#)

1. Εισαγωγή

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας σε πλαίσια ψυχικής υγείας που αφορούν μετανάστες και πρόσφυγες λόγω των μοναδικών προκλήσεων και των εμπειριών τους [1, 2]. Η επικοινωνία με σαφήνεια, ενσυναίσθηση και πολιτισμική επίγνωση επιτρέπει στους εργαζόμενους στο πεδίο να εκτιμούν με ακρίβεια τις ανάγκες, να οικοδομούν εμπιστοσύνη και να παρέχουν κατάλληλη υποστήριξη. Αυτό εξασφαλίζει ότι οι άνθρωποι με τους οποίους εργαζόμαστε αισθάνονται πως

ακούγονται και γίνονται κατανοητοί, γεγονός που με τη σειρά του προάγει την ενεργό συμμετοχή τους στη θεραπευτική διαδικασία και βελτιώνει τις εκβάσεις ψυχικής υγείας.

Επιπλέον, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την υπέρβαση των φραγμών στην πρόσβαση στη φροντίδα [3]. Απαιτεί την πρόσβαση σε πολυγλωσσικές πηγές και βαθιά κατανόηση των πολιτισμικών πλαισίων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις και τις πρακτικές για την ψυχική υγεία (βλ. επίσης Ενότητες 2.1 & 2.3). Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των μοναδικών προκλήσεων που θέτουν οι γλωσσικοί φραγμοί μέσω της συνεργασίας με διερμηνείς και πολιτισμικούς διαμεσολαβητές ενισχύει την εμπιστοσύνη και εξασφαλίζει πιο ακριβείς και υποστηρικτικές αλληλεπιδράσεις [4]. Ο ανοιχτός διάλογος που χαρακτηρίζεται από σεβασμό βοηθά τους επαγγελματίες και τους εθελοντές να εντοπίσουν και να αντιμετωπίσουν εμπόδια όπως ο φόβος της απέλασης, το στίγμα που περιβάλλει τα θέματα ψυχικής υγείας και πρακτικά προβλήματα όπως η απασχόληση και η στέγαση [5].

Αυτή η ενότητα θα διερευνήσει βασικά στοιχεία της αποτελεσματικής επικοινωνίας, όπως ο ρόλος της ενσυναίσθησης, η οικοδόμηση εμπιστοσύνης και σχέσης, η μη λεκτική επικοινωνία και η αναστοχαστική σκέψη [6, 7, 8]. Θα συζητηθούν πρακτικές στρατηγικές για κάθε στοιχείο για την ενίσχυση της επικοινωνίας των επαγγελματιών με μετανάστες και πρόσφυγες. Τέλος, θα συζητηθούν οι αρχές της μη βίαιης επικοινωνίας.

2. Βασικά στοιχεία αποτελεσματικής επικοινωνίας

Κατανόηση του ρόλου της ενσυναίσθησης, της εμπιστοσύνης και της ανάπτυξης σχέσεων

Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την κατανόηση και το μοίρασμα των συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου. Η ενσυναίσθηση είναι επιτακτική για την οικοδόμηση εμπιστοσύνης, η οποία για τους σκοπούς αυτής της εκπαίδευσης αναφέρεται στην δημιουργία μιας σχέσης βασισμένης στην αλήθεια και την αξιοπιστία, καθώς και σε μια γνήσια σύνδεση και σχέση μεταξύ του επαγγελματία και του ατόμου που ζητά φροντίδα. [9, 10]. Η ενσυναίσθηση συνιστά επιτακτική ανάγκη για την υπέρβαση των φραγμών - υποστηρίζει τα άτομα να μοιραστούν δύσκολες εμπειρίες, αμβλύνει τον φόβο της εξουσίας και δημιουργεί μια ισχυρή σχέση [9-12].

Η ενσυναίσθηση διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στη σχέση επαγγελματία-πελάτη. Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα κατανόησης των βιωμένων εμπειριών και των αναγκών ενός άλλου ατόμου, η επικοινωνία και η επιβεβαίωση αυτής της κατανόησης με το άτομο και η δράση βάσει αυτής της κατανόησης με υποστηρικτικό και βοηθητικό τρόπο [11]. Αποτελεί το θεμέλιο όλων των δραστηριοτήτων γύρω από την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία [9-11].

Παρόλο που διατίθεται πληθώρα βιβλιογραφίας η οποία υπογραμμίζει τη σημασία της ενσυναίσθησης, οι επαγγελματίες υγείας και άλλοι σχετικοί επαγγελματίες, οι οποίοι εργάζονται για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευεξίας μεταναστών και προσφύγων, δεν ανταποκρίνονται πάντα από θέση ενσυναίσθησης στις ανάγκες ενός ατόμου [13]. Επιπλέον, οι γλωσσικοί φραγμοί αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου που θα μπορούσε να επηρεάσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ενότητα 3.3 θα αναδείξει τον ζωτικό ρόλο των διερμηνέων και των πολιτισμικών διαμεσολαβητών στην ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων και θα τονίσει τις θετικές ευκαιρίες που μπορεί να προσφέρει η παρουσία τους σε μια διαπολιτισμική αλληλεπίδραση [14].

Η συμβολή της ενσυναίσθησης στη φροντίδα ψυχικής υγείας δεν αφορά μόνο την κατανόηση των εμπειριών ενός ατόμου, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αυτή η κατανόηση επικοινωνείται και αξιοποιείται. Για το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό, η κατάκτηση των δεξιοτήτων που επιτρέπουν την έκφραση της ενσυναίσθησης τόσο μέσω της λεκτικής όσο και μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι ζωτικής σημασίας. Αυτή περιλαμβάνει την επικύρωση και τον σεβασμό των συναισθημάτων του ατόμου, ενσωματώνοντας παράλληλα διαφορετικές οπτικές [9]. Δεδομένης της συναλλακτικής φύσης της ενσυναίσθησης, όπου τόσο ο επαγγελματίας όσο και το άτομο αλληλοεπηρεάζονται, η αποτελεσματική επικοινωνία καθίσταται μια δυναμική και διαδραστική διαδικασία.

Το Σύστημα Κωδικοποίησης της Ενσυναισθητικής Επικοινωνίας (The Empathic Communication Coding System - ECCS)

Το Σύστημα Κωδικοποίησης της Ενσυναισθητικής Επικοινωνίας (ECCS) είναι ένα τεκμηριωμένα έγκυρο εργαλείο που μετρά την ενσυναισθητική επικοινωνία σε συναντήσεις επαγγελματιών με πελάτες. Ο πίνακας που παρατίθεται στη συνέχεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πλαίσιο για τους επαγγελματίες ώστε να αποκτήσουν σαφή εικόνα σχετικά με το πώς ανταποκρίνονται σε διάφορες καταστάσεις [15]. Οι αντιδράσεις που έχουν σημειωθεί με κόκκινο χρώμα ορίζονται ως ανεπιθύμητες, ενώ αυτές που έχουν σημειωθεί με πράσινο χρώμα είναι προτιμητέες.

Σύστημα Κωδικοποίησης της Ενσυναισθητικής Επικοινωνίας	
Άρνηση/Διάψευση	Ο επαγγελματίας αγνοεί την ενσυναισθητική δυνατότητα να συνδεθεί με το άτομο ή κάνει μια δυσάρεστη δήλωση.
Επιφανειακή αναγνώριση	Ο επαγγελματίας δίνει μια τυποποιημένη, μηχανική απάντηση, με ελάχιστη δυνατότητα ενσυναίσθησης και ελάχιστη αναγνώριση.
Έμμεση αναγνώριση	Ο επαγγελματίας δεν αναγνωρίζει το βασικό πρόβλημα στην ενσυναισθητική δυνατότητα, αλλά εστιάζεται σε ένα περιφερειακό μέρος των όσων αποκαλύφθηκαν και προσπαθεί να προβεί στην αλλαγή του θέματος της συζήτησης.
Αναγνώριση	Ο επαγγελματίας αναγνωρίζει το βασικό πρόβλημα στην ενσυναισθητική δυνατότητα, αλλά εστιάζεται σε ένα περιφερειακό μέρος των όσων αποκαλύφθηκαν και προσπαθεί να προβεί στην αλλαγή του θέματος της συζήτησης.
Επιδίωξη	Ο επαγγελματίας έχει αναγνωρίσει το βασικό θέμα που περιεγράφηκε κατά τη διάρκεια της ενσυναισθητικής δυνατότητας και το αναπτύσσει περαιτέρω, θέτοντας ερωτήσεις στον μετανάστη/πρόσφυγα, παρέχοντας υποστήριξη ή συμβουλές ή αναπτύσσοντας περαιτέρω τα όσα αποκάλυψε ο ασθενής.
Επιβεβαίωση	Ο επαγγελματίας μεταδίδει στον μετανάστη/πρόσφυγα ότι το συναίσθημα ή η πρόκληση που αποκαλύπτεται είναι βάσιμη και εύλογη.
Κοινό συναίσθημα ή εμπειρία	Ο επαγγελματίας αποκαλύπτει ότι συμμερίζεται το συναίσθημα του ατόμου ή ότι έχει ζήσει μια παρόμοια εμπειρία ή πρόκληση.

Σημείωση: Το περιεχόμενο προσαρμόστηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες από Bylund (2005).

Ανάπτυξη Εμπιστοσύνης και Καλής Σχέσης

© **Καίριο σημείο:** Η Αξία της Ανάπτυξης Εμπιστοσύνης και Καλής Σχέσης

Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης είναι απαραίτητη για διάφορους σημαντικούς λόγους:

- ♦ Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες προέρχονται συχνά από διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα και ενδέχεται να μην μιλούν την τοπική γλώσσα. Αυτές οι διαφορές μπορεί να

- υψώσουν σημαντικούς φραγμούς στη φροντίδα. Μέσα από την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, οι εργαζόμενοι στο πεδίο μπορούν να γεφυρώσουν αυτά τα χάσματα, διασφαλίζοντας πως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αισθάνονται ότι ακούγονται και ότι γίνονται κατανοητοί [16].
- ♦ Πολλοί μετανάστες και πρόσφυγες έχουν βιώσει σημαντικές αντιξοότητες, όπως πόλεμο, διώξεις, οικονομικές δυσκολίες ή επικίνδυνα ταξίδια στην προσπάθειά τους για εξασφάλιση αίσθησης ασφάλειας. Αυτές οι εμπειρίες αντιξοοτήτων μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη αίσθηση ευαλωτότητας και δυσπιστίας. Η εμπιστοσύνη είναι ζωτικής σημασίας για να τους βοηθήσει να αισθάνονται ασφάλεια και υποστήριξη ώστε να μοιραστούν τις εμπειρίες και τα συναισθήματά τους. Χωρίς εμπιστοσύνη, μπορεί να είναι απρόθυμοι να ανοιχτούν, εμποδίζοντας τη θεραπευτική διαδικασία και τη δυνατότητά τους να θεραπευτούν και να ανακάμψουν [9-12].
 - ♦ Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες ενδέχεται να μην εμπιστεύονται τις αρχές λόγω προηγούμενων αρνητικών εμπειριών στις χώρες καταγωγής τους ή κατά τη διάρκεια του μεταναστευτικού τους ταξιδιού. Αυτή η δυσπιστία είναι δυνατό να επεκταθεί και στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό με το οποίο ενδεχομένως συνεργάζονται, καθιστώντας δύσκολη την αναζήτηση και τη συνεργασία τους με υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η εγκαθίδρυση σχέσεων βοηθά στην ανακούφιση αυτών των φόβων, καθιστώντας πιο πιθανή τη συμμετοχή και την ωφέλειά τους από την υποστήριξη που τους παρέχεται. Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την ενθάρρυνσή τους να συμμετέχουν με σταθερότητα στο θεραπευτικό εγχείρημα και να ακολουθούν το θεραπευτικό σχέδιο [17].
 - ♦ Μια ισχυρή σχέση ενισχύει την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, καθώς προάγει τη συνεργασία, τον αμοιβαίο σεβασμό και την κοινή δέσμευση για τους στόχους της θεραπείας. Όταν τα άτομα αισθάνονται ότι οι επαγγελματίες νοιάζονται πραγματικά για την ευεξία τους και επενδύουν στην ανάρρωσή τους, είναι πιο πιθανό να κινητοποιηθούν και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα της ψυχικής τους υγείας.

Πρακτικές Στρατηγικές και Τεχνικές για την Εγκαθίδρυση Εμπιστοσύνης με Μετανάστες και Πρόσφυγες

Εμπιστοσύνη: στο πλαίσιο της εργασίας με μετανάστες και πρόσφυγες, η εμπιστοσύνη αναφέρεται στην πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας (π.χ. κοινωνικός λειτουργός, επαγγελματίας υγείας ή εργαζόμενος στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας) είναι αξιόπιστος, ειλικρινής και πραγματικά αφοσιωμένος στην ευεξία των ατόμων που εξυπηρετεί. Περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός ασφαλούς και υποστηρικτικού περιβάλλοντος όπου οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αισθάνονται σίγουροι ότι οι ανάγκες και οι ανησυχίες τους θα προσεγγιστούν με σεβασμό και εμπιστευτικότητα [18].

Πρακτικό παράδειγμα: Για να οικοδομήσει εμπιστοσύνη, ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να τηρεί με συνέπεια τις υποσχέσεις του, όπως η παροχή πόρων ή πληροφοριών εντός του συμφωνημένου χρονικού πλαισίου. Μπορεί επίσης να δείξει ενσυναίσθηση ακούγοντας ενεργητικά την ιστορία ενός πρόσφυγα, δείχνοντας ότι εκτιμά και σέβεται τις εμπειρίες και τα συναισθήματά του.

Καλή Σχέση: αναφέρεται στη θετική σχέση και την αμοιβαία κατανόηση που αναπτύσσεται μεταξύ του παρόχου υπηρεσιών και του ατόμου. Περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας σύνδεσης που προάγει την ανοιχτή επικοινωνία και την αίσθηση συνεργασίας, επιτρέποντας στο άτομο να αισθάνεται ότι ακούγεται, ότι γίνεται κατανοητό και ότι το σέβονται [19].

Πρακτικό παράδειγμα: Ο εργαζόμενος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης χρησιμοποιώντας πολιτισμικά ευαίσθητη επικοινωνία, ρωτώντας για το αν αισθάνεται άνετα ένας άνθρωπος και δείχνοντας γνήσιο ενδιαφέρον για το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις προσωπικές του εμπειρίες. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τον μετανάστη ή τον πρόσφυγα να νιώσει πιο άνετα να μοιραστεί σημαντικές πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία.

Όπως θα συζητηθεί περαιτέρω στην Ενότητα 3.3, οι διερμηνείς και οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές είναι απαραίτητοι για την υπέρβαση των γλωσσικών και πολιτισμικών φραγμών, καθώς διευκολύνουν την ακριβή και διαφοροποιημένη επικοινωνία μεταξύ των μεταναστών ή των προσφύγων και των παρόχων υπηρεσιών [20]. Δεν μεταφράζουν μόνο λέξεις αλλά μεταφέρουν και πολιτισμικά συμφραζόμενα που είναι κρίσιμα για την κατανόηση. Είναι ζωτικής σημασίας για την οικοδόμηση τόσο

της εμπιστοσύνης όσο και της σχέσης, να καταβάλλουν προσπάθεια ώστε το άτομο να αισθάνεται ότι το καταλαβαίνουν και το σέβονται στη δική του γλώσσα, πράγμα που είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών.

Η Σημαντικότητα της Μη Λεκτικής Επικοινωνίας

Μη Λεκτική Επικοινωνία: αναφέρεται στη μετάδοση μηνυμάτων ή πληροφοριών χωρίς τη χρήση λέξεων. Αυτή μπορεί να περιλαμβάνει εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες, στάση του σώματος, οπτική επαφή, τόνο της φωνής και άλλα σημεία της γλώσσας του σώματος [21, 22]. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντική σε πλαίσια ψυχικής υγείας, όπου οι μετανάστες και οι πρόσφυγες μπορεί να αντιμετωπίζουν δύσκολα συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένου του στρες ή του άγχους. Οι άνθρωποι αυτοί μπορεί να μην έχουν πάντα τις λέξεις για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους ή μπορεί να διστάζουν να μιλήσουν ανοιχτά λόγω των πολιτισμικών κανόνων ή του φόβου του στιγματισμού [3, 19, 21-23].

☉ **Καίριο σημείο:** Πρακτικά Παραδείγματα Μη Λεκτικής Επικοινωνίας

- ◆ **Εκφράσεις προσώπου:** Ένας εργαζόμενος στο πεδίο μπορεί να χρησιμοποιήσει μια ήρεμη και συμπονετική έκφραση προσώπου για να καθησυχάσει ένα άτομο που μοιράζεται μια δύσκολη εμπειρία. Ένα αμυδρό χαμόγελο ή ένα νεύμα μπορεί να επικοινωνήσει κατανόηση και υποστήριξη χωρίς να χρειάζεται να πει τίποτα.
- ◆ **Γλώσσα του σώματος:** Η ανοιχτή και χαλαρή γλώσσα του σώματος, όπως το να κάθεται κανείς απέναντι από τον πελάτη με τα χέρια του ανοιχτά, μπορεί να κάνει το άτομο να αισθάνεται πιο άνετα και βολικά. Σηματοδοτεί ότι ο επαγγελματίας είναι προσιτός και πλήρως παρών.
- ◆ **Βλεμματική επαφή:** Η διατήρηση της κατάλληλης οπτικής επαφής (λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές ευαισθησίες) δείχνει ότι ο επαγγελματίας δίνει προσοχή και εκτιμά αυτά που λέει ο πελάτης. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι σε ορισμένες κουλτούρες, η άμεση οπτική επαφή μπορεί να εκληφθεί ως ασέβεια ή εκφοβισμός.
- ◆ **Τόνος της φωνής:** Ένας καθησυχαστικός και ήρεμος τόνος φωνής μπορεί να βοηθήσει στην αποκλιμάκωση μιας κατάστασης όπου ένα άτομο μπορεί να αισθάνεται υπερφορτωμένο ή

αγχωμένο. Ακόμη και όταν η γλώσσα αποτελεί φραγμό, ο τόνος της φωνής μπορεί να μεταδώσει φροντίδα και ενδιαφέρον.

- ♦ **Χειρονομίες:** Απλές χειρονομίες όπως η προσφορά ενός χαρτομάντιλου, το απαλό άγγιγμα του χεριού κάποιου (αν είναι πολιτισμικά κατάλληλο) ή η χρήση χειρονομιών για να διευκολύνετε μια συζήτηση μπορούν να επικοινωνήσουν υποστήριξη και κατανόηση όταν τα λόγια είναι δύσκολα.

Τα μη λεκτικά σημεία μπορούν να συμβάλουν στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του επαγγελματία και του ατόμου, επιτρέποντας τον μετανάστη ή τον πρόσφυγα να αισθάνεται πιο ασφαλής και πιο κατανοητός, χωρίς να χρειάζεται να εκφράσει πλήρως τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες του [24, 25].

Η κατανόηση και η επίδειξη ευαισθησίας στις πολιτισμικές διακυμάνσεις της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι επίσης καθοριστικής σημασίας. Αυτό που μπορεί να είναι μια παρηγορητική χειρονομία σε μια κουλτούρα μπορεί να παρερμηνευτεί σε μια άλλη, οπότε οι εργαζόμενοι στο πεδίο πρέπει να κατέχουν το χαρακτηριστικό της πολιτισμικής επίγνωσης και να ανταποκρίνονται στη χρήση μη λεκτικών σημείων (π.χ. χειραψία). Η αλληλεπίδραση μεταξύ ενός εργαζόμενου πεδίου και ενός μετανάστη ή πρόσφυγα επηρεάζεται σημαντικά από τις μη λεκτικές συμπεριφορές και σημεία [21, 22, 25].

Προσοχή	Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία να εστιάζει στην τρέχουσα αλληλεπίδραση. Εάν ο πρόσφυγας/μετανάστης αντιληφθεί ότι ο επαγγελματίας είναι αφηρημένος ή αδιάφορος, η σχέση πλήττεται. Για να μεταδώσει ενδιαφέρον, ο επαγγελματίας πρέπει να δώσει την πλήρη προσοχή του στο άτομο, να διατηρεί οπτική επαφή και να γνέφει για να ενθαρρύνει περαιτέρω έναν ουσιαστικό διάλογο.
Θετικότητα-αρνητικότητα	Αναφέρεται στον συναισθηματικό τόνο της αλληλεπίδρασης και στον τρόπο με τον οποίο ο επαγγελματίας και ο πρόσφυγας ή ο μετανάστης ανταποκρίνονται ο ένας στον άλλον. Είναι το κατά πόσο ο επαγγελματίας και ο πρόσφυγας/μετανάστης αισθάνονται ικανοποιημένοι με τις αλληλεπιδράσεις τους. Η ικανοποίηση θα φανεί με μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως η κλίση προς τα εμπρός και η «ανοιχτή» στάση σώματος. Οι αρνητικοί δείκτες της αλληλεπίδρασης θα δείξουν αδιαφορία και θα δημιουργήσουν εμπόδιο στην αποτελεσματική φροντίδα της ψυχικής υγείας.
Συντονισμός	Αναφέρεται στην αντανάκλαση των μη λεκτικών σημείων, είτε πρόκειται για βλεμματική επαφή, αμοιβαίο χαμόγελο, είτε για την ταύτιση της γλώσσας του σώματος, γεγονός που ενισχύει τη σχέση και προωθεί τη δέσμευση του επαγγελματία και του πρόσφυγα ή του μετανάστη.

Παρατήρηση	Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία να διακρίνει και να εκτιμά τον κίνδυνο ο μετανάστης ή ο πρόσφυγας να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους.

Σημείωση: Το περιεχόμενο προσαρμόστηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση πληροφορίες από Folie & Gentile (2010).

Οι μη λεκτικές συμπεριφορές είναι απαραίτητο να παρατηρούνται, καθώς μπορούν να βοηθήσουν τον επαγγελματία να διακρίνει και να εκτιμήσει τον κίνδυνο του ατόμου να βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους. Για παράδειγμα, ένας μετανάστης που αρνείται ότι έχει ιστορικό αυτοτραυματισμού, αλλά έχει ουλές στους πήχεις του, θα πρέπει να θεωρείται ότι διατρέχει υψηλότερο κίνδυνο για μελλοντικό αυτοτραυματισμό ή αυτοκτονία από ατύχημα. Από την άλλη πλευρά, ένα άτομο που είναι αναστατωμένο για την ακούσια εισαγωγή του σε νοσοκομείο μπορεί να δείξει τον θυμό του μέσω μη λεκτικής συμπεριφοράς, όπως το να υψώσει τη φωνή του, να σφίξει τις γροθιές του κ.λπ. Ο επαγγελματίας ή ο εθελοντής θα παρατηρήσει τις μη λεκτικές συμπεριφορές και θα λάβει προληπτικά μέτρα ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες τα δυσάρεστα συναισθήματα του ατόμου να κλιμακωθούν.

Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να παρατηρεί προσεκτικά το άτομο και τις αλλαγές στην ψυχική του κατάσταση, ώστε να εμβαθύνει και να εξακριβώσει τις αφορμές ή και τις αιτίες που προκαλούν τυχόν αλλαγές στη συμπεριφορά του. Οποιαδήποτε μετατόπιση από τη συνήθη συμπεριφορά του ατόμου απαιτεί προσοχή και περαιτέρω διερεύνηση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς τα μη λεκτικά σημεία, που είναι σε μεγάλο βαθμό ασυνείδητα, τείνουν να παρέχουν πιο αυθεντική εικόνα της πραγματικής συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. Οι αλλαγές στις μη λεκτικές εκφράσεις κατά τη διάρκεια των θεραπευτικών συνεδριών χρησιμεύουν ως ενδείξεις για τον επαγγελματία υγείας ότι το άτομο μπορεί να μην είναι ακόμη έτοιμο να αντιμετωπίσει ορισμένα ζητήματα. Η Ενότητα 2.3 μπορεί να είναι χρήσιμη για την ενσωμάτωση διαφορετικών προσεγγίσεων ανίχνευσης (screening) και εκτίμησης (assessment) με τη μη λεκτική επικοινωνία.

Αναστοχαστική Πρακτική

Η **αναστοχαστική πρακτική** αποτελεί ζωτικό στοιχείο της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων στο πεδίο και των μεταναστών ή των προσφύγων. Επιτρέπει στους επαγγελματίες και τους εθελοντές να ενισχύουν την αυτογνωσία τους, να μετριάσουν τις προκαταλήψεις και να

βελτιώνουν συνεχώς τις δεξιότητες και τις προσεγγίσεις τους. Η αναστοχαστική πρακτική βασίζεται στη διάκριση μεταξύ του κόσμου των δύο ανθρώπων. Εάν αυτή η επίγνωση απουσιάζει, ο επαγγελματίας υγείας κινδυνεύει να συγκρίνει και να ταυτίσει την οπτική του με εκείνη του μετανάστη ή του πρόσφυγα, να προβάλλει τη συμπόνια του αντί για την ενσυναίσθησή του, με αποτέλεσμα να εγκαταλείψει τον επαγγελματικό ή εθελοντικό ρόλο [26].

Όταν κάποιος συμπάσχει, φαντάζεται τον εαυτό του στη θέση ενός άλλου ατόμου και σκέφτεται πώς θα ένιωθε ο ίδιος σε αυτή τη θέση. Αντίθετα, όταν κάποιος δείχνει ενσυναίσθηση, εστιάζει στην κατανόηση του πώς είναι να είσαι πραγματικά το άλλο άτομο, βιώνοντας τα συναισθήματα και την προοπτική του - χωρίς να αισθάνεται λύπη γι' αυτό [27]. Η έμφαση που δίνει ο εργαζόμενος στο πεδίο στην έκφραση της ενσυναίσθησης διευκολύνει την καλύτερη επικοινωνία και προωθεί την απαραίτητη συναισθηματική υποστήριξη για όσους μπορεί να έχουν συνηθίσει σε άνιση μεταχείριση [28].

Η αναστοχαστική πρακτική περιλαμβάνει τη συνεχή διαδικασία αυτοεξέτασης και εκτίμησης των εμπειριών, των σκέψεων και των ενεργειών του επαγγελματία για τη βελτίωση της προσωπικής και επαγγελματικής του ανάπτυξης. Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας προσφύγων και μεταναστών, η αναστοχαστική πρακτική είναι ιδιαίτερα σημαντική για διάφορους λόγους. Σημαίνει ότι ένα άτομο ή μια ομάδα μπορεί να διαχειριστεί τα συναισθήματα και να διατηρήσει τον έλεγχο, αντί να κατακλύζεται από αυτά. Η γνώση του πώς ορισμένες καταστάσεις μπορούν να μας κάνουν να αισθανθούμε μας δίνει τη δυνατότητα να σχεδιάσουμε και να προετοιμαστούμε.

Η αναστοχαστική πρακτική είναι μια συνεχής διαδικασία που δεν ολοκληρώνεται ποτέ. Ως εκ τούτου, η αυτοαξιολόγηση πρέπει να πραγματοποιείται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Αυτή η διαδικασία αξιολόγησης μας βοηθά να δούμε πόσο μακριά έχουμε φτάσει, να εντοπίσουμε τι πρέπει ακόμη να μάθουμε και να σχεδιάσουμε πώς θα φτάσουμε εκεί [29]. Αυτό θα διερευνηθεί περαιτέρω στο Μάθημα 4. Αυτοφροντίδα και ευεξία του προσωπικού.

© **Καίριο σημείο:** Γιατί είναι τόσο σημαντική η αναστοχαστική πρακτική;

- Η αναστοχαστική πρακτική βοηθά τους εργαζόμενους στο πεδίο να αποκτήσουν μεγαλύτερη επίγνωση των δικών τους προκαταλήψεων, υποθέσεων και πολιτισμικών προοπτικών, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τις αλληλεπιδράσεις τους με μετανάστες και πρόσφυγες. Με τον τακτικό αναστοχασμό των σκέψεων, των λέξεων και των συμπεριφορών τους, οι επαγγελματίες μπορούν να εντοπίσουν και να μετριάσουν τυχόν ασυνείδητες προκαταλήψεις ή πολιτισμικές παρεξηγήσεις που ενδεχομένως εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία.
- Η αναστοχαστική πρακτική ενισχύει την ποιότητα της υποστήριξης που παρέχεται σε μετανάστες και πρόσφυγες, προάγοντας τη συνεχή μάθηση και βελτίωση μεταξύ των επαγγελματιών. Τους ενθαρρύνει να αξιολογούν κριτικά τις μεθόδους και τις εκβάσεις τους, να ζητούν ανατροφοδότηση και να προσαρμόζουν τις στρατηγικές τους για να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες αυτού του πληθυσμού. Στο δυναμικό και συχνά δύσκολο πεδίο της ψυχικής υγείας των προσφύγων και των μεταναστών, αυτή η προσαρμοστικότητα και η δέσμευση για συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή αποτελεσματικής και ευέλικτης φροντίδας.

3. Αρχές της Μη Βίαιης Επικοινωνίας

→ **BINTEO:** [Μη Βίαιη Επικοινωνία του Μάρσαλ Ρόζενμπεργκ: Περίληψη Βιβλίου με Κινούμενα Γραφικά](#)  (EN)

Η **Μη Βίαιη Επικοινωνία (NVC)** αναπτύχθηκε από τον Marshall Rosenberg και αφορά ένα πλαίσιο επικοινωνίας που δίνει έμφαση στην ενσυναίσθηση, την κατανόηση και τη συμπονετική σύνδεση [30]. Περιλαμβάνει τέσσερα βασικά στοιχεία: παρατηρήσεις, συναισθήματα, ανάγκες και αιτήματα. Η Μη Βίαιη Επικοινωνία στοχεύει στη διευκόλυνση πιο αποτελεσματικών και αρμονικών αλληλεπιδράσεων, εστιάζοντας σε αυτά τα στοιχεία, μειώνοντας τις παρεξηγήσεις και τις συγκρούσεις [31, 32]. Παρακάτω, εμβαθύνουμε σε κάθε στοιχείο, ενσωματώνοντας συγκεκριμένες δράσεις και παραδείγματα.

1. **Παρατηρήσεις:** Εντοπισμός και διατύπωση συγκεκριμένων, πραγματικών ενεργειών ή γεγονότων που επηρεάζουν την ευεξία μας. Αυτές οι παρατηρήσεις θα πρέπει να είναι απαλλαγμένες από κριτική ή ερμηνείες, εστιάζοντας αποκλειστικά σε αυτό που μπορεί να δει ή να ακούσει κανείς.

Εφαρμογή: Για παράδειγμα, ένας εργαζόμενος στο πεδίο μπορεί να παρατηρήσει: «Παρατήρησα ότι κατά τη διάρκεια της τελευταίας μας συνεδρίας, αναφέρατε πως είχατε δυσκολία στον ύπνο και αισθανόσασταν συνεχώς νευρικότητα». Δηλώνοντας με σαφήνεια τι έχει παρατηρηθεί χωρίς να επιβάλλει κριτική, ο επαγγελματίας θέτει τις βάσεις για μια ανοιχτή και μη απειλητική συζήτηση.

2. **Συναισθήματα:** οι συναισθηματικές αντιδράσεις που έχουμε σε σχέση με τις παρατηρήσεις μας. Η έκφραση αυτών των συναισθημάτων βοηθά στη σύνδεση με τη συναισθηματική πραγματικότητα της κατάστασης.

Εφαρμογή: Μετά την παρατήρηση, είναι σημαντικό για τον εργαζόμενο στο πεδίο να αναλογιστεί πώς αυτό επηρεάζει τα δικά του συναισθήματα και τα πιθανά συναισθήματα του μετανάστη ή πρόσφυγα. Για παράδειγμα: «Όταν ακούω ότι δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε, αισθάνομαι ανησυχία γιατί καταλαβαίνω πόσο σημαντική είναι η ξεκούραση για να αισθάνεστε καλά». Η αναγνώριση και η κατονομασία των συναισθημάτων επικυρώνει τη συναισθηματική εμπειρία των ανθρώπων. Όταν οι επαγγελματίες μοιράζονται ανοιχτά τα δικά τους συναισθήματα ανησυχίας, αυτό καθιστά την αλληλεπίδραση πιο ανθρώπινη και προάγει μια βαθύτερη συναισθηματική σύνδεση.

3. **Ανάγκες:** οι υποκείμενες ανάγκες, αξίες ή επιθυμίες που καθοδηγούν τα συναισθήματά μας. Η αναγνώριση αυτών των αναγκών βοηθά στην κατανόηση του γιατί αισθανόμαστε με έναν συγκεκριμένο τρόπο και τι μπορεί να είναι απαραίτητο για τη διαχείριση αυτών των συναισθημάτων.

Εφαρμογή: Για παράδειγμα, ο θεραπευτής θα μπορούσε να πει: «Πιστεύω ότι η δυσκολία σας στον ύπνο μπορεί να συνδέεται με την ανάγκη σας για ασφάλεια και σταθερότητα, η οποία είναι κατανοητό ότι αποτελεί πρόκληση όταν αναλογίζεστε πώς ζείτε αυτή την περίοδο». Συνδέοντας τα συναισθήματα με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, οι επαγγελματίες επιδεικνύουν βαθύτερη κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το άτομο. Αυτό όχι μόνο βοηθά στην αντιμετώπιση των βαθύτερων αιτιών της δυσφορίας (βλ. επίσης Μάθημα 1, Ενότητες 1.2 και 1.3), αλλά δείχνει επίσης ότι ο επαγγελματίας είναι συντονισμένος με το ευρύτερο πλαίσιο ζωής του ατόμου.

4. **Αιτήματα:** είναι συγκεκριμένα, εφαρμόσιμα και άξια να τύχουν σεβασμού αιτήματα που υποβάλλονται για την ικανοποίηση των αναγκών που έχουν εντοπιστεί. Τα αιτήματα αυτά διαμορφώνονται με τρόπο που επιτρέπεται η συνεργασία και υπάρχει σεβασμός για την αυτονομία του άλλου ατόμου.

Εφαρμογή: Μετά τον εντοπισμό των αναγκών, ο επαγγελματίας μπορεί να υποβάλει ένα συγκεκριμένο αίτημα που στοχεύει στην αντιμετώπισή τους. Για παράδειγμα, «Θα ήσασταν πρόθυμος να εξερευνήσετε κάποιες τεχνικές χαλάρωσης ή ασκήσεις γείωσης (grounding) που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη βελτίωση του ύπνου σας;». Η υποβολή σαφών, εφαρμόσιμων αιτημάτων ενδυναμώνει τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, κάνοντάς τους συμμετέχοντες στη δική τους φροντίδα. Δείχνει σεβασμό στην αυτονομία τους και αναγνωρίζει την ικανότητά τους να κάνουν βήματα προς τη βελτίωση της ευεξίας τους. Αυτή η συνεργατική προσέγγιση όχι μόνο αντιμετωπίζει τις άμεσες ανησυχίες αλλά και ενδυναμώνει τη συνολική σχέση ενισχύοντας την ιδέα ότι ο επαγγελματίας είναι εκεί για να υποστηρίξει και όχι να υπαγορεύει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., & others. (2016). Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. *Implementation Science*, 11, 150. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0515-2>
- [2] Brown, C. M., Tilson, E. C., & Manzur, F. (2021). Effective communication with refugees and immigrants. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 48(1), 23-34.
- [3] Krystallidou, D., Temizöz, Ö., Wang, F., de Looper, M., Di Maria, E., Gattiglia, N., Giani, S., Hieke, G., Morganti, W., Pace, C. S., Schouten, B., & Braun, S. (2024). Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy*, 139, 104949. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104949>
- [4] World Health Organization. (2023). *Refugee and migrant health toolkit*. <https://www.who.int/tools/refugee-and-migrant-health-toolkit>
- [5] Peñuela-O'Brien, E., Wan, M. W., Edge, D., & Berry, K. (2023). Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcultural Psychiatry*, 60(1), 176-198. <https://doi.org/10.1177/13634615211067360>
- [6] Lau, L. S., & Rodgers, G. (2021). Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. *Health equity*, 5(1), 124-134. <https://doi.org/10.1089/heq.2020.0094>
- [7] Ward, A., Andrews, L., Black, A., & Williamson, A. E. (2023). Communicating effectively with inclusion health populations: 2022 ICCH symposium. *Patient Education and Counseling*, 117, Article 107977. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107977>
- [8] UN High Commissioner for Refugees. (2016). *Community-based protection in action: Effective & respectful communication in forced displacement*. <https://www.refworld.org/policy/opguidance/unhcr/2016/en/110175>
- [9] IOM. (2021). *Mental health and psychosocial support for resettled refugees*. <https://eca.iom.int/resources/mental-health-and-psychosocial-support-resettled-refugees>
- [10] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265-276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [11] Krystallidou, D., Remael, A., de Boe, E., Hendrickx, K., Tsakitzidis, G., van de Geuchte, S., & Pype, P. (2018). Investigating empathy in interpreter-mediated simulated consultations: An explorative study. *Patient Education and Counseling*, 101(1), 33-42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.07.022>
- [12] Hanewald, B., Knipper, M., Daub, J., Ebert, S., Bogdanski, C., Hinder, L., Hall, M., Berthold, D., & Stingl, M. (2022). Addressing the Mental Health Challenges of Refugees-A Regional Network-Based Approach in Middle Hesse Germany. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13436. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013436>

- [13] Yalim, A.C., Boyd, K. & Sualp, K. “Sometimes that Takes You Going the Extra Mile”: The Role of Providers’ Self-efficacy in Refugee Mental Health Services. *Community Mental Health Journal*, 59, 512–522 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10597-022-01035-4>
- [14] Verrept H. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for migrants and refugees in the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. (*Health Evidence Network Synthesis Report*, No. 64.) 2. RESULTS. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK550148/>
- [15] Bylund, C., & Makoul, G. (2005). Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication*, 18(2), 123–140. https://doi.org/10.1207/s15327027hc1802_2
- [16] UNHCR. (2024). Integration Handbook for Resettled Refugees. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/>
- [17] AASW, NSW RHS, STARTTS. (2022). Working with people from refugee backgrounds: A guide for Social Workers, Australian Association of Social Workers (AASW), NSW Refugee Health Service (NSW RHS), & Service for the Treatment and Rehabilitation of Torture and Trauma Survivors (STARTTS), Sydney edition 2.
- [18] D’Alonzo, K. T., & Greene, L. (2020). Strategies to establish and maintain trust when working in immigrant communities. *Public Health Nursing*, 37(5), 764–768. <https://doi.org/10.1111/phn.12764>
- [19] Mental health of migrants and refugees: risk and protective factors and access to care. Geneva: World Health Organization. (2023). *Global Evidence Review on Health and Migration (GEHM) series*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- [20] Tribe, R., & Thompson, K. (2022). Working with interpreters when working with forced migrants in mental health. *International review of psychiatry* (Abingdon, England), 34(6), 613–621. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2073202>
- [21] Hussein, B., & Mahmood, R. K. (2020). The types of nonverbal communication cues with reference to refugeeism. *Journal of Raparin University*, 7(2), 159–182. [https://doi.org/10.26750/Vol\(7\).No\(2\).paper8](https://doi.org/10.26750/Vol(7).No(2).paper8)
- [22] Rogers, R. (2024). Non-verbal communication & cultural differences for Afghan refugee youth facilitators. U.S. Committee for Refugees and Immigrants. https://refugees.org/wp-content/uploads/2024/03/USCRI-FieldTeams_nonverbalcommunication.pdf
- [23] Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021). Communication Experiences in Primary Healthcare with Refugees and Asylum Seekers: A Literature Review and Narrative Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1469. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041469>
- [24] Santhanam-Martin, R. (2020). Re-building trust and connectedness in exile: The role of health and social institutions. In L. De Haene & C. Rousseau (Eds.), *Working with refugee families: Trauma and exile in family relationships* (pp. 265–276). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108602105.018>
- [25] Tickle-Degnen, L., & Rosenthal, R. (1990). The Nature of Rapport and Its Nonverbal Correlates. *Psychological Inquiry*, 1(4), 285–293. <http://www.jstor.org/stable/1449345>
- [26] Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J. et al. Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: a qualitative evaluation. *BMC Med Educ* 21, 58 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

- [27] Burnard, P. (1992). Self-awareness skills. In *Effective communication skills for health professionals* (Therapy in Practice Series, Vol. 28). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-4511-2_12
- [28] Sklavou, K. (2019). A theoretical approach to intercultural counseling through social work practice. *Peer Reviewed Journal of Forensic & Genetic Sciences*, 3(4). <https://doi.org/10.32474/PRJFGS.2019.03.000167>.
- [29] Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*, 12(3), 31–35. <https://doi.org/10.7748/mhp2008.11.12.3.31.c6803>
- [30] Rosenberg, M. B. (2003). *Nonviolent communication: A language of life* (2nd ed.). PuddleDancer Press.
- [31] Alshughry, Usama. (2018). Non-violent communication and theatre of the oppressed: A case study with Syrian refugee women from the Kareemat Centre in Turkey. *Intervention* 16(2), 170-174, https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_45_18
- [32] Rehema Zaid Obuyi. (2021). Enhancing Capacities in Nonviolent Communication to Change Perceptions and Addressing Root, Proximate and Tertiary Causes of Ethiopia's Tigray Crisis. *International and Public Affairs*, 5(1), 11-18. <https://doi.org/10.11648/j.ipa.20210501.13>

Ενότητα 3.2: Πολιτισμική Επίγνωση

Επισκόπηση ενότητας

Αυτή η ενότητα πραγματεύεται την έννοια της πολιτισμικής επίγνωσης στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μεταναστών και προσφύγων. Δίνει έμφαση στη σημασία του αναστοχασμού γύρω από τον εαυτό μας και της κατανόησης της δικής μας πολιτισμικής ταυτότητας, παραμένοντας, παράλληλα, ευαισθητοποιημένοι στις πολιτισμικές εμπειρίες και ανάγκες των άλλων. Η ενότητα προτρέπει τους εργαζόμενους στο πεδίο να προχωρήσουν πέρα από την πολιτισμική επάρκεια και να υιοθετήσουν μια ευέλικτη, ενσυναισθητική προσέγγιση, προσαρμόζοντας τη φροντίδα ώστε να σέβονται τις διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές των ατόμων που εξυπηρετούν. Η δομική επάρκεια (structural competency) θα συζητηθεί επίσης ως ένα πλαίσιο που υπερβαίνει την πολιτισμική επίγνωση, καθώς εξετάζει και δίνει μια άλλη κατεύθυνση στον τρόπο με τον οποίο οι δυναμικές εξουσίας, οι διακρίσεις και οι κοινωνικές δομές επηρεάζουν τις εκβάσεις ψυχικής υγείας. Η προσέγγιση αυτή προωθεί διεπιστημονικές προοπτικές, διαρθρωτικές παρεμβάσεις και ταπεινότητα στην αναγνώριση των ορίων της εξειδίκευσης των εργαζομένων στο πεδίο για την αντιμετώπιση των συστημικών ανισοτήτων.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Πολιτισμική Επίγνωση](#)
3. [Δομική Επάρκεια με Μετανάστες και Πρόσφυγες](#)

1. Εισαγωγή

Στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, η **πολιτισμική επάρκεια** (cultural competence) και η **πολιτισμική επίγνωση** (cultural awareness) αποτελούν βασικές έννοιες, αλλά αντιπροσωπεύουν διαφορετικές προσεγγίσεις. Η πολιτισμική επάρκεια περιλαμβάνει την απόκτηση

ειδικών γνώσεων σχετικά με τις διαφορετικές κουλτούρες, την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την αποτελεσματική επικοινωνία πέρα από τα πολιτισμικά όρια και την επίδειξη συμπεριφοράς σεβασμού απέναντι στις πολιτισμικές διαφορές [1]. Ενώ οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν τη σημασία της κουλτούρας, συχνά δυσκολεύονται με την πρακτική εφαρμογή, στερούμενοι σαφών κατευθυντήριων γραμμών και λειτουργικής σαφήνειας. Επιπλέον, οι προσεγγίσεις της πολιτισμικής επάρκειας έχουν επικριθεί για την υπερτονισμό των πολιτισμικών χαρακτηριστικών, τη σύγχυση της κουλτούρας με την εθνικότητα, την ιθαγένεια ή τη γλώσσα και την αναγωγή πολύπλοκων ανθρώπινων συμπεριφορών σε στερεότυπα. Ο όρος «επάρκεια» απορρίπτεται ολοένα και περισσότερο επειδή υπονοεί ένα τεχνικό τελικό σημείο ή λύση και όχι μια συνεχή διαδικασία και δέσμευση. Πολλά προγράμματα σπουδών πολιτισμικής επάρκειας έχουν αναγάγει την κουλτούρα σε έναν κατάλογο χαρακτηριστικών, οδηγώντας σε στερεότυπα [2].

Κατά την εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες, προτιμάται όλο και περισσότερο η πολιτισμική επίγνωση. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι επιτρέπει στους επαγγελματίες να προσαρμόζουν δυναμικά την προσέγγισή τους, ανταποκρινόμενοι στις μοναδικές εμπειρίες και ανάγκες κάθε ατόμου, αντί να βασίζονται σε ένα σταθερό σύνολο πολιτισμικών ικανοτήτων. Αυτή η δυναμική και αναστοχαστική προσέγγιση οδηγεί συχνά σε πιο αποτελεσματική και με σεβασμό ψυχοκοινωνική υποστήριξη για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Η πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ πολιτισμού και ψυχικής υγείας συζητήθηκε στο Μάθημα 2, Ενότητα 2.1. Εδώ, προτείνουμε πρακτικούς τρόπους για τους εργαζόμενους στο πεδίο ώστε να είναι σε θέση να προσαρμόζουν την εργασία τους και την καθημερινή τους συμπεριφορά σύμφωνα με μια πολιτισμικά ενσυνείδητη προσέγγιση.

2. Πολιτισμική Επίγνωση

Η πολιτισμική επίγνωση επικεντρώνεται στην κατανόηση της πολιτισμικής ταυτότητας του ατόμου και του τρόπου με τον οποίο αυτή επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους. Περιλαμβάνει τον αναστοχασμό για την αναγνώριση των προσωπικών προκαταλήψεων και του τρόπου με τον οποίο επηρεάζουν τις αντιλήψεις για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες από διαφορετικό υπόβαθρο [3]. Η πολιτισμική επίγνωση δίνει έμφαση στο να είναι κανείς ανοιχτός και να επιδεικνύει ευαισθησία στις

πολιτισμικές διαφορές χωρίς απαραίτητα να έχει εκτεταμένες γνώσεις για άλλες κουλτούρες. Όσον αφορά την αντιμετώπιση των προκλήσεων ψυχικής υγείας και των ψυχοκοινωνικών αναγκών, η πολιτισμική επίγνωση επικεντρώνεται στην ικανότητα των επαγγελματιών και των εθελοντών να παρέχουν φροντίδα με σεβασμό στις διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές των μεταναστών και των προσφύγων, ενώ παράλληλα βοηθά μια υπηρεσία να προσαρμοστεί ώστε να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές, πολιτισμικές και γλωσσικές ανάγκες τους. Αυτό ενθαρρύνει τους επαγγελματίες να παραμένουν ευέλικτοι, να έχουν ενσυναίσθηση και να ασχολούνται με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες σε πιο προσωπικό επίπεδο.

Οι επαγγελματίες που εργάζονται με άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά υπόβαθρα πρέπει να έχουν επίγνωση των δικών τους πολιτισμικών παραδοχών και προκαταλήψεων, να διαθέτουν πολιτισμικές δεξιότητες και γνώσεις και να παραμένουν ανοιχτοί σε διαφορετικές πολιτισμικές προοπτικές για τις προκλήσεις ψυχικής υγείας [4]. Αυτό περιλαμβάνει την αναγνώριση διαφορετικών αξιών, την αποφυγή στερεοτύπων και την επιλογή θεραπειών κατάλληλων για το πολιτισμικό υπόβαθρο του ατόμου [5]. Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις χρησιμοποιούν πολιτισμικά κατάλληλες μεθόδους για την ενασχόληση με τα άτομα, σεβόμενες τα πολιτισμικά συστήματα και τις αξίες με τρόπους που προαγάγουν την ανάρρωση από την ψυχική ασθένεια [6].

© **Καίριο σημείο:** Πρακτικές συμβουλές για πολιτισμική επίγνωση

Δέσμευση για αναστοχαστική πρακτική και σεβασμό στη διαφορά

- Σκεφτείτε κριτικά τη δική σας κουλτούρα, τις πεποιθήσεις, τις προκαταλήψεις και τις αξίες σας και εξετάστε πώς αυτές επηρεάζουν τις στάσεις, τις συμπεριφορές και τις αλληλεπιδράσεις σας με μετανάστες και πρόσφυγες. Μπορείτε να εξερευνήσετε εργαλεία όπως η [Κλίμακα Διαπολιτισμικής Ευαισθησίας](#) ή το [Τεστ Υποβόσκουσας Προκατάληψης του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ](#). Αξιολογήστε πώς η κουλτούρα, η φυλή, η εθνικότητα, το φύλο και η τάξη σας σχετίζονται με αυτές του ατόμου που υποστηρίζετε και αναγνωρίστε τις υπάρχουσες ανισορροπίες ισχύος.

- Σεβαστείτε και δείξτε εκτίμηση για τις πολιτισμικές διαφορές. Αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε μια προσέγγιση που «ταιριάζει σε όλους» (δηλ. να αντιμετωπίζετε όλους το ίδιο) ή να κάνετε υποθέσεις, γενικεύσεις, να βασίζεστε σε στερεότυπα ή να κάνετε κριτική σε άλλους πολιτισμούς.
- Να θυμάστε ότι η κουλτούρα είναι ρευστή, όχι άκαμπτη! Είναι σύνθετη, δυναμική και όχι ομοιογενής σε έναν πληθυσμό.
- Αναγνωρίστε τους περιορισμούς σας: Κατανοήστε πότε και πού πρέπει να αναζητήσετε καθοδήγηση από ειδικούς ή να παραπέμψετε τους μετανάστες και τους πρόσφυγες σε πιο κατάλληλες υπηρεσίες.
- Ζητήστε σχετική κατάρτιση και εκπαίδευση για την αναβάθμιση και την ανάπτυξη ικανοτήτων, μεταξύ άλλων μέσω τακτικής εποπτείας.
- Υποστηρίξτε τη βελτίωση των υπηρεσιών μέσω συστηματικών αξιολογήσεων και ανατροφοδότησης.
- Δεν είμαστε παρατηρητές- διαδραματίζουμε ενεργό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εντός του οργανισμού.

Ανάπτυξη γνώσεων για διαφορετικούς πολιτισμούς, ιστορίες και εμπειρίες

- Αξιοποιήστε τις δεξιότητες, τα δυνατά σημεία, τους πόρους, τις ικανότητες και τα ταλέντα των μεταναστών και των προσφύγων.
- Μάθετε για τους πολιτισμούς των μεταναστών και των προσφύγων και τις χώρες καταγωγής τους, συμπεριλαμβανομένων των διαφορών εθνοτικών ομάδων, γλωσσών, θρησκειών, έμφυλων προτύπων και διαδεδομένων πολιτιστικών πρακτικών.
- Μάθετε για το ταξίδι και την εμπειρία κάθε ανθρώπου ξεχωριστά, συμπεριλαμβανομένων των ψυχοπνευματικών παραγόντων στους οποίους εκτέθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του ταξιδιού.
- Αποκτήστε γνώσεις σχετικά με το ιστορικό και κοινωνικοπολιτικό πλαίσιο, τις συγκρούσεις και τα συστήματα στις χώρες προέλευσης των μεταναστών και των προσφύγων.
- Προσπαθήστε να κατανοήσετε τους συστημικούς παράγοντες που επηρεάζουν την καθημερινή ζωή των μεταναστών και των προσφύγων, συμπεριλαμβανομένου του ρατσισμού, του κοινωνικού αποκλεισμού, του οικονομικού αποκλεισμού κ.λπ.

Ανάπτυξη συνεργασίας με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες κατά τρόπο ώστε να δείχνετε πως τους σέβεστε

- Αναζητήστε ενεργά ανατροφοδότηση σχετικά με την επικοινωνία σας από τους μετανάστες και τους πρόσφυγες και τα πρόσωπα που διευκολύνουν την αλληλεπίδραση μαζί τους, όπως οι διερμηνείς και οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές, για να βελτιώσετε την πρακτική σας.
- Παραμείνετε πρώτα απ' όλα άνθρωποι! Προσεγγίστε κάθε άτομο με ενσυναίσθηση, ταπεινότητα, ανοιχτό μυαλό και με κίνητρο να αντιμετωπίσετε τα ζητήματα που μπορεί να προκύψουν.
- Δημιουργήστε ένα περιβάλλον που προάγει την εμπιστοσύνη και την αίσθηση ασφάλειας.
- Διατηρήστε την αλληλεπίδραση με τους ίδιους επαγγελματίες, όποτε είναι δυνατόν.
- Αποφύγετε τη χρήση στιγματιστικής ή στερεοτυπικής γλώσσας και αντιμετωπίστε τυχόν πραγματικές ή αντιληπτές απειλές στο φυσικό περιβάλλον, όπως η προσαρμογή του φωτισμού και η διάταξη των καθισμάτων.
- Συζητήστε τις προσδοκίες του μετανάστη ή του πρόσφυγα και περιγράψτε με σαφήνεια τον σκοπό και τον ρόλο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Διευκρινίστε τους επαγγελματικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων των διερμηνέων και των διαφορετικών επαγγελματιών με τους οποίους έρχονται σε επαφή, εξηγήστε τους κανόνες και τα όρια της εμπιστευτικότητας και άλλες σχετικές δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές.
- Διασφαλίστε ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες κατανοούν πώς θα χρησιμοποιηθούν, θα κοινοποιηθούν και θα προστατευθούν οι πληροφορίες τους, πώς λειτουργούν τα εθνικά συστήματα (π.χ. σύστημα υγείας) και πώς σχετίζονται ή διαφέρουν από το σύστημα μετανάστευσης.
- Να είστε ευέλικτοι και δεκτικοί: Προσαρμοστείτε στις ανάγκες του μετανάστη/πρόσφυγα τόσο μέσω της παροχής υπηρεσιών από εσάς τους ίδιους όσο και με την πραγματοποίηση κατάλληλων παραπομπών. Κάντε ερωτήσεις όπως: «Τι είναι το πιο σημαντικό για εσάς όσον αφορά την εμπειρία σας από την ασθένεια, τη θεραπεία ή τη συνεργασία μας;» και «Γνωρίζω ελάχιστα για τη χώρα καταγωγής σας - τι θα θέλατε να καταλάβω για να σας βοηθήσω καλύτερα;».

- Αναπτύξτε την ικανότητα να συζητάτε ευαίσθητα θέματα, όπως εμπειρίες αντιξοότητας και βασανιστηρίων, και να αντιμετωπίζετε με προσοχή επιβλαβείς ή παράνομες συμπεριφορές, όπως η έμφυλη βία.
- Αποφύγετε να ζητάτε από τους πρόσφυγες να επαναλάβουν τραυματικές ιστορίες: κρατήστε λεπτομερείς σημειώσεις για την περίπτωση και, με τη συγκατάθεση του πελάτη, ενημερώστε τις υπηρεσίες παραπομπής για το ιστορικό τους, ώστε ο πελάτης να μην χρειάζεται να επαναλαμβάνει τις ιστορίες του σε κάθε υπηρεσία ή εργαζόμενο.
- Παραμείνετε ενήμεροι για το ποιες πληροφορίες είναι απαραίτητες για να κάνετε αποτελεσματικά τη δουλειά σας, ώστε να αποτρέψετε την επανάληψη του τραύματος. Για παράδειγμα, είναι περιττό για έναν ψυχολόγο να γνωρίζει τις συγκεκριμένες λεπτομέρειες μιας περίπτωσης έμφυλης βίας, ωστόσο, ένας νοσηλευτής που διενεργεί αξιολόγηση χρειάζεται περισσότερες λεπτομέρειες.
- Εξετάστε το ενδεχόμενο να μαθαίνετε από έμπειρους συναδέλφους και να εξερευνήσετε εκπαιδευτικούς πόρους, όπως το e-learning μάθημα [Fundamentals of Providing Services to Survivors of Torture](#), το οποίο καλύπτει την πολιτισμική επάρκεια και την εργασία με διερμηνείς, καθώς και το μάθημα [Introduction to Immigrant and Refugee Health](#) του Πανεπιστημίου της Μινεσότα, το οποίο περιλαμβάνει μια ενότητα για την αποτελεσματική επικοινωνία σε διάφορες γλώσσες και κουλτούρες.

 Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχασμός σχετικά με την αλληγορία του παγόβουνου του πολιτισμού

Σκεφτείτε μια φορά που χρειάστηκε να προσαρμόσετε το στυλ επικοινωνίας σας όταν συνεργαστήκατε με ένα συγκεκριμένο άτομο. Πώς το συναντήσατε εκεί που βρισκόταν για να εξασφαλίσετε αποτελεσματική συνεννόηση; Ποιες στρατηγικές χρησιμοποιήσατε για να οικοδομήσετε εμπιστοσύνη και μια καλή σχέση; Και το πιο σημαντικό, πώς μπορείτε να ενσωματώσετε αυτές τις προτάσεις στην εργασία και τη ζωή σας γενικότερα;

Εξάσκηση πολιτισμικής περιέργειας με παιδιά μεταναστών και προσφύγων

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Due και Currie (2021) προσδιόρισε έξι βασικές ικανότητες για τους επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά από μεταναστευτικό και προσφυγικό περιβάλλον:

1. Γνώση των πολύπλοκων αναγκών αυτών των πληθυσμών.
2. Χρήση ολιστικών προσεγγίσεων/προσεγγίσεων βασισμένων στις δυνατότητες των ανθρώπων.
3. Ικανότητα συνεργασίας με άλλους στο επαγγελματικό δίκτυο.
4. Ικανότητα οικοδόμησης εμπιστοσύνης και θεραπευτικών σχέσεων.
5. Επιδίωξη ανατροφοδότησης από το άτομο.
6. Πολιτισμική επάρκεια, διασφαλίζοντας ότι οι επαγγελματίες κατανοούν το πολιτισμικό υπόβαθρο και τις διαφορές ενός ατόμου.

Η εξάσκηση της **πολιτισμικής περιέργειας** κατά την ενασχόληση με τα παιδιά και τις οικογένειες ενισχύει περαιτέρω την υιοθέτηση των προσεγγίσεων της «πολιτισμικής επάρκειας» και της «πολιτισμικής περιέργειας». Παρόλο που τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα αυτών των προσεγγίσεων είναι ακόμη υπό διαμόρφωση και οι περισσότερες δεν έχουν ακόμη αξιολογηθεί επαρκώς για χρήση με παιδιά και οικογένειες προσφύγων και αιτούντων άσυλο, αυτές οι ικανότητες προσφέρουν ένα πολύτιμο πλαίσιο για πρακτική εξάσκηση [5].

Ενημερώσου για το πεδίο, αλλά ρώτα τον άνθρωπο

Οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των εργαζομένων στο πεδίο και των μεταναστών μπορεί να αποτελέσουν εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία, οδηγώντας σε χειρότερες εκβάσεις υγείας, κακή τήρηση των ιατρικών οδηγιών και γενική δυσaráσκεια [7]. Όπως φαίνεται στο Μάθημα 2, Ενότητες 2.1 και 2.3, οι πολιτισμικές διαφορές μεταξύ επαγγελματία και ασθενούς γίνονται έντονες, με απτές συνέπειες όταν συζητάμε για την ψυχική υγεία, καθώς οι διάφοροι κουλτούρες προσεγγίζουν διαφορετικά την ψυχική υγεία. Έτσι, οι εργαζόμενοι στο πεδίο που έχουν πολιτισμική επίγνωση μπορούν να αναγνωρίζουν και να ξεπερνούν τις κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές για να εργαστούν προς την κατεύθυνση μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης της φροντίδας.

Ένα ενδεικτικό παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο οι πάροχοι υπηρεσιών μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις συνθήκες ζωής του ατόμου, στις προσωπικές του αξίες, στις πολιτισμικές του αξίες και στις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, προσαρμοσμένο από τον οδηγό «Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees», παρατίθεται παρακάτω [7].

Η Awa είναι μια 38χρονη γυναίκα από τη Σομαλία που τα τελευταία χρόνια βιώνει εφιάλτες, ενοχλητικές σκέψεις, δυσκολίες στον ύπνο και κρίσεις πανικού. Τα συμπτώματα έχουν επιδεινωθεί τους τελευταίους τέσσερις μήνες και είναι τόσο εξουθενωτικά τον τελευταίο καιρό που η Awa έχει παραιτηθεί από τη δουλειά της και κοιμάται μόνο δύο ώρες τη νύχτα. Ο επαγγελματίας αναφοράς πιστεύει ότι το πρόβλημα της Awa είναι διαταραχή μετατραυματικού στρες που προκλήθηκε από το γεγονός ότι ήταν μάρτυρας ακραίας βίας στη Σομαλία και βιάστηκε πολλές φορές στον καταυλισμό προσφύγων. Ο επαγγελματίας πιστεύει ότι η Awa θα ωφεληθεί από μια θεραπεία με επίκεντρο το τραύμα και φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, όταν ο ίδιος ρωτά την Awa τι πιστεύει ότι προκαλεί το πρόβλημα, η Awa υποστηρίζει ότι είναι ένα «jini», ή αλλιώς ένα κακό πνεύμα, και ότι μόνο ένας ιμάμης ή θρησκευτικός ηγέτης σε ένα τζαμί θα μπορούσε να βοηθήσει.

Παρέμβαση	Αποτέλεσμα
Δυτική παρέμβαση	Η Awa παρακολουθεί μερικές ακόμα συνεδρίες συμβουλευτικής, αλλά δυσκολεύεται να καταλάβει γιατί ο επαγγελματίας θέλει να συζητήσει το παρελθόν της. Αρνείται επίσης να πάρει τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, πιστεύοντας ότι είναι περιττά για αυτό που αντιλαμβάνεται ως πνευματικό ζήτημα.
Παραδοσιακή παρέμβαση	Η Awa αισθάνεται καλύτερα αφού επισκέπτεται έναν ιμάμη και υποβάλλεται σε εξορκισμό, αλλά η ανακούφιση είναι μόνο προσωρινή. Όταν τα συμπτώματα επιστρέφουν, η Awa αναζητά ξανά τη βοήθεια του ιμάμη.
Δυτική και παραδοσιακή παρέμβαση (συνδυασμός)	Η Awa συμφωνεί να πάρει φάρμακα και να συμμετέχει σε θεραπεία, ενώ παράλληλα ζητά εξορκισμό από έναν ιμάμη. Αισθάνεται καλύτερα μετά τον εξορκισμό και αρχίζει να κοιμάται καλύτερα. Με τον βελτιωμένο ύπνο, έχει περισσότερη ενέργεια και ρωτά τον ιμάμη για εθελοντική εργασία εβδομαδιαίως στο τζαμί, στο οποίο ο ίδιος συμφωνεί. Οι επισκέψεις της στο τζαμί τη βοηθούν να γνωρίσει κόσμο και να κάνει νέους φίλους. Μέσω ενός από αυτούς τους φίλους, έρχεται σε επαφή και

	εξασφαλίζει μια θέση εργασίας σε ένα εστιατόριο. Παρόλο που η Awa αρνείται τη θεραπεία με επίκεντρο το τραύμα, συνεχίζει να παρακολουθεί τις εβδομαδιαίες συνεδρίες συμβουλευτικής και εκτιμά την υποστήριξη και την ενθάρρυνση από τον θεραπευτή της.

3. Η έννοια της δομικής επάρκειας στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες

Εκτός από την πολιτισμική επίγνωση, έχουν αναδυθεί εναλλακτικές έννοιες, όπως αυτή της δομικής επάρκειας, η οποία δίνει έμφαση στη δυναμική της εξουσίας, στις θεσμικές διακρίσεις και σε ζητήματα αποικιοκρατίας και πατερναλισμού στην υγειονομική περίθαλψη [3].

Η **δομική επάρκεια** βασίζεται σε ήδη υφιστάμενες προσπάθειες σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, την πολιτισμική επάρκεια και την πολιτισμική ταπεινότητα. Σε αντίθεση με πολλά θεωρητικά πλαίσια που επικεντρώνονται στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, τα οποία συζητήθηκαν λεπτομερώς στο Μάθημα 1, Ενότητα 1.2, και περιγράφουν τις ανισότητες στην υγεία χωρίς να αντιμετωπίζουν τα ιστορικά και πολιτικά τους πλαίσια με βάση τα οποία προέκυψαν, η δομική επάρκεια τοποθετεί αυτούς τους προσδιοριστές σε ένα ευρύτερο δομικό πλαίσιο [8,9]. Για παράδειγμα, αντί να περιγράφει απλώς την επιδημιολογία των φυλετικών ανισοτήτων υγείας, η δομική επάρκεια εξετάζει τις δομές που δημιουργούν και διατηρούν τη φυλετική ανισότητα, όπως ο δομικός ρατσισμός. Μετατοπίζει την προσοχή από τις ατομικές αλληλεπιδράσεις στις ευρύτερες δυνάμεις που επηρεάζουν τις εκβάσεις υγείας (βλ. επίσης Εικόνα 3.2.1 στην επόμενη σελίδα).

Με απλά λόγια, η δομική επάρκεια ορίζεται ως ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση ζητημάτων κοινωνικής δικαιοσύνης που σχετίζονται με την υγεία, δίνοντας έμφαση στην αναγνώριση των οικονομικών και πολιτικών συνθηκών που παράγουν τις ανισότητες στην υγεία και ενισχύουν τις φυλετικές διακρίσεις σε αυτόν τον τομέα [10]. Χρησιμοποιείται ως ένα αναδυόμενο παράδειγμα για την κατάρτιση επαγγελματιών στο πλαίσιο του συστήματος υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης και τη δημιουργία μιας κοινής γλώσσας για την αντιμετώπιση των διαρθρωτικών διαδικασιών που καθορίζουν τις ανισότητες στην υγεία και την κανονικοποίησή τους. Υπάρχουν πέντε πυλώνες [9]:

1. Προσδιορισμός των δομών που επηρεάζουν τις αλληλεπιδράσεις
2. Ανάπτυξη μιας γλώσσας που λαμβάνει υπόψη τους δομικούς παράγοντες πέρα από το τρέχον περιβάλλον (για παράδειγμα, ένα κλινικό πλαίσιο)
3. Επαναδιατύπωση των πολιτισμικών εννοιών σε σχέση με τις δομικές επιδράσεις
4. Οραματισμός και προσδιορισμός διαρθρωτικών παρεμβάσεων
5. Καλλιέργεια δομικής ταπεινότητας

Εικόνα 3.2.1. «Δομική επάρκεια: Εξετάζοντας το παγόβουνο των ανισοτήτων υγείας»



Σημείωση: Το γράφημα προέρχεται από την ομάδα εργασίας για τη δομική επάρκεια.

Δεν βλέπουμε τη δομική επάρκεια ως μια εντελώς νέα δημιουργία, αλλά ως ένα παράδειγμα που συμπυκνώνει προϋπάρχοντα στοιχεία από διάφορες επιστημονικές και εθνικές παραδόσεις,

συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ιατρικής, της κοινωνικής επιδημιολογίας, της διαπολιτισμικής υγείας, της παγκόσμιας υγείας και κριτικών θεωριών όπως οι αντιρατσιστικές, φεμινιστικές, θεωρίες κοινωνικής δικαιοσύνης και αποαποικιοποίησης [9, 11].

Η δομική επάρκεια μοιράζεται πολλούς στόχους με αυτές τις πηγές, όπως η ολιστική ανάλυση, η σχεσιακή προσέγγιση, η εστίαση στον πόνο και πώς βιώνεται κοινωνικά, η έμφαση στις κοινωνικές ανισότητες και τις διαρθρωτικές ευπάθειες στην υγεία, η αποκάλυψη της κανονικοποίησης των ανισοτήτων και η αναγνώριση της δημιουργίας γνώσης ως αλληλοεξαρτώμενης και συνεργατικής δραστηριότητας μεταξύ ειδικών και λαϊκών γνώσεων [12,13].

Εικόνα 3.2.2. « Δομικοί παράγοντες των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας »



“Δομικοί παράγοντες των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας”

Σημείωση: Το γράφημα προέρχεται από το άρθρο [Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel](#) [14]

Τομέας 1: Πολιτισμική επίγνωση και αναστοχαστικότητα	Τομέας 2: Πολιτισμική και γλωσσική επικύρωση	Τομέας 3: Ευαισθησία στην πολιτισμική ποικιλομορφία και τις δομικές ευπάθειες	Τομέας 4: Αντιπροσωπευτικότητα των μειονοτικών ομάδων και των αποκλεισμένων πληθυσμών

Ορίζεται ως η ικανότητα της ερευνητικής ομάδας να αναλύει κριτικά τον τρόπο με τον οποίο το πολιτισμικό, εθνικό, κοινωνικό και εξειδικευμένο υπόβαθρό της αλληλεπιδρά με εκείνο των συμμετεχόντων, επηρεάζοντας τα ερευνητικά ερωτήματα, τον σχεδιασμό, τη στρατολόγηση, τη συλλογή δεδομένων, την ανάλυση δεδομένων και τις δραστηριότητες διάχυσης. Μια βασική πτυχή της αναστοχαστικότητας είναι η πολιτισμική ταπεινότητα και η ικανότητα αναγνώρισης της διαφορετικής γνώσης των άλλων, είτε πρόκειται για λαϊκή γνώση είτε για γνώση που βασίζεται στην εμπειρία. Η αναστοχαστικότητα, ένας άυλος τομέας που σχετίζεται με στάσεις και προδιαθέσεις, επηρεάζει την ποιότητα της έρευνας. Για παράδειγμα, η αναστοχαστικότητα σχετικά με τα πολιτισμικά και κοινωνικά χόσματα	Πρόκειται για τη διαδικασία προσαρμογής των οργάνων, των εργαλείων, των εντύπων συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση, των δελτίων πληροφοριών για τους συμμετέχοντες, των ερωτηματολογίων, των αλληλεπιδράσεων ερευνητή-συμμετεχόντων και των αποτελεσμάτων διάχυσης, ώστε να είναι γλωσσικά και πολιτισμικά κατάλληλα για τους συμμετέχοντες. Περιλαμβάνει όχι μόνο τη μετάφραση του υλικού στις γλώσσες των συμμετεχόντων, αλλά και τη διασφάλιση ότι ο λόγος είναι σαφής και κατανοητός σε αυτούς. Αυτή η προσαρμογή βοηθά στην αποφυγή προκαταλήψεων που προκύπτουν από τη χρήση ερωτηματολογίων που οι συμμετέχοντες δεν κατανοούν αλλά και στην αντιμετώπιση του πιθανού αποκλεισμού που σχετίζεται με τη μεταναστευτική κατάσταση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την	Πρόκειται για την ενσωμάτωση των μεταβλητών και των σχετικών πληροφοριών αναφορικά με την πολιτισμική ποικιλομορφία και τις διαρθρωτικές ευπάθειες των υπό μελέτη ομάδων σε όλες τις φάσεις της επιδημιολογικής έρευνας. Αυτή η ολοκληρωμένη προσέγγιση περιλαμβάνει την εκπαίδευση της ομάδας στη διαπολιτισμική και δομική επάρκεια, την κατανόηση του πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου των υπό μελέτη πληθυσμών και τη γνώση της ιατρικής ιστορίας και της ερευνητικής κληρονομιάς που αφορά τις εθνικές μειονότητες και τις περιθωριοποιημένες κοινότητες στο ερευνητικό περιβάλλον. Περιλαμβάνει επίσης την ενσωμάτωση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και των ζητημάτων δομικής ευπάθειας στο σχεδιασμό της μελέτης.	Αυτό αναφέρεται στην ικανότητα ενίσχυσης της αντιπροσωπευτικότητας των περιθωριοποιημένων και αποκλεισμένων πληθυσμών σε όλες τις φάσεις της μελέτης, συμπεριλαμβανομένης της σύνθεσης της ερευνητικής ομάδας, της επιλογής του δείγματος και των δραστηριοτήτων διάχυσης. Περιλαμβάνει τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών εμποδίων που παρακωλύουν τη συμμετοχή τους και την προώθηση της εμπλοκής τους στις ενέργειες διάχυσης, για παράδειγμα, για την ενίσχυση της αντιπροσωπευτικότητάς τους [17].

μεταξύ της ερευνητικής ομάδας και των πληθυσμών της μελέτης μπορεί να προσφέρει νέες ιδέες για τη μείωση της προκατάληψης.	αναπηρία ή τον συνδυασμό αυτών των παραγόντων.		

Σημείωση: Προσαρμόστηκε από την επιστημονική ομάδα του προγράμματος EU Mi-Care, από το Martinez-Hernaez & Bekele (2022)

Για όσα άτομα ενδιαφέρονται για τους τρόπους με τους οποίους η δομική επάρκεια λειτουργεί στην πράξη, σχετικές μελέτες περιπτώσεων και στρατηγικές έχουν συμπεριληφθεί στο  **Αποθετήριο** (βλ. 3.2 – Handout 1. «Πολιτισμική Επάρκεια – Μελέτες Περίπτωσης και καλές Πρακτικές»).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Saldaña, D. (2001). Cultural Competency: A Practical Guide For Mental Health Service Providers. <https://doi.org/10.26153/tsw/243>
- [2] Beagan, B.L. (2018). A Critique of Cultural Competence: Assumptions, Limitations, and Alternatives. In: Frisby, C., O'Donohue, W. (eds) *Cultural Competence in Applied Psychology*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78997-2_6
- [3] E Seah, National Mental Health Strategy (Australia, & Multicultural Mental Health Australia. (2002). Cultural awareness tool: understanding cultural diversity in mental health. Multicultural Mental Health Australia.
- [4] Cultural Competence in Refugee Service Settings: What Does the Research Tell Us? - Switchboard. (2020). Switchboard. <https://www.switchboardta.org/resource/cultural-competence-in-refugee-service-settings-what-does-the-research-tell-us/>
- [5] Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- [6] International Counseling & Community Services. (2015). Walking Together: A Mental Health Therapist's Guide to Working with Refugees. Lutheran Community Services Northwest. <http://form.jotform.us/form/51666347065157>
- [7] Geeraert, J. (2022). On the Role of Structural Competency in the Healthcare of Migrant with Precarious Residency Status. *Societies*, 12(2), 54. <https://doi.org/10.3390/soc12020054>
- [8] Neff J, Holmes SM, Knight KR, Strong S, Thompson-Lastad A, McGuinness C, Duncan L, Saxena N, Harvey MJ, Langford A, Carey-Simms KL, Minahan SN, Satterwhite S, Ruppel C, Lee S, Walkover L, De Avila J, Lewis B, Matthews J, Nelson N. Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL*. 2020;16:10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888
- [9] Hansen, H., Metzl, J. M., & Springerlink (Online Service. (2019). *Structural Competency in Mental Health and Medicine: A Case-Based Approach to Treating the Social Determinants of Health*. Springer International Publishing.
- [10] Ostrander, J., Melville, A., & Berthold, S. M. (2017). Working With Refugees in the U.S.: Trauma-Informed and Structurally Competent Social Work Approaches. *Advances in Social Work*, 18(1), 66. <https://doi.org/10.18060/21282>
- [11] Trinh-Shevrin, C., Taher, M., Islam, N. (2019). Community Health Workers as Accelerators of Community Engagement and Structural Competency in Health. In: Hansen, H., Metzl, J. (eds) *Structural Competency in Mental Health and Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10525-9_14
- [12] Metzl, Jonathan and Dorothy Roberts. 2014. "Structural Competency Meets Structural Racism: Race, Politics, and the Structure of Medical Knowledge." *The Virtual Mentor*. P. 674-684.
- [13] Orr Z, Unger S. (2020). Structural Competency in Conflict Zones: Challenging Depoliticization in Israel. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 21(4):202-212.

- [14] Metzl, J. M., & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Social science & medicine* (1982), 103, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>
- [15] DasGupta, S. (2008). Narrative humility. *The Lancet*, 371(9617), 980–981. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60440-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60440-7)
- [16] Martínez-Hernández, Á., & Bekele, D. (2023). Structural competency in epidemiological research: What’s feasible, what’s tricky, and the benefits of a ‘structural turn.’ *Global Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2164903>
- [17] Ziyachi, M., & Castellani, B. (2024). A “Cultural Models” Approach to Psychotherapy for Refugees and Asylum Seekers: A Case Study from the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 650. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050650>
- [18] Walker, S. (2005). *Culturally Competent Therapy Working with Children and Young People*. Macmillan Education UK.

Ενότητα 3.3: Συνεργασία για Αποτελεσματική Διερμηνεία και Πολιτισμική Διαμεσολάβηση

Επισκόπηση ενότητας

Αυτή η ενότητα επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι υπόλοιποι επαγγελματίες που εργάζονται στο πεδίο μπορούν να συνεργάζονται αποτελεσματικά με διερμηνείς και πολιτισμικούς διαμεσολαβητές, προκειμένου να διευκολύνεται η επικοινωνία μεταξύ αυτών και των μεταναστών και προσφύγων. Έπειτα από μια κριτική αποσαφήνιση των ρόλων των διερμηνέων, των μεταφραστών και των πολιτισμικών διαμεσολαβητών, η ενότητα τονίζει την αναγκαιότητα της συνεργασίας με εκπαιδευμένους επαγγελματίες σε νομικά, ιατρικά και ψυχοκοινωνικά πλαίσια, αποφεύγοντας παράλληλα την εξάρτηση από ad hoc διερμηνείς, όπως μέλη της κοινότητας ή παιδιά. Η ενότητα ολοκληρώνεται με την εξέταση βέλτιστων πρακτικών για τον σχεδιασμό και την πραγματοποίηση τριμερών συναντήσεων, προκειμένου να ενισχυθεί ένα κλίμα αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Διερμηνέας, Μεταφραστής, Πολιτισμικός Διαμεσολαβητής](#)
3. [Οι ανάγκες και οι προκλήσεις της διευκόλυνσης της επικοινωνίας για διαφορετικούς επαγγελματίες](#)
4. [Επικοινωνία και σχέσεις σε μια τριάδα](#)
5. [Δεοντολογική Θεώρηση](#)

1. Εισαγωγή

Οι περισσότεροι μετανάστες και πρόσφυγες στην Ευρώπη φτάνουν με περιορισμένη ή καθόλου γνώση της τοπικής γλώσσας και βρίσκονται σε ένα μέρος όπου οι κοινότητες υποδοχής δεν είναι πολύ εξοικειωμένες με τη μητρική τους γλώσσα [1]. Οι **γλωσσικοί φραγμοί** δυσχεραίνουν τους μετανάστες και τους πρόσφυγες να εκφράσουν τις ιστορίες τους, να καλύψουν τις ανάγκες τους και να γνωρίσουν

και να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων τους, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε νομικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας (συμπεριλαμβανομένης της ψυχικής υγείας). Για τους επαγγελματίες και τους εθελοντές που εργάζονται με αυτούς τους πληθυσμούς, αυτό μεταφράζεται σε αδυναμία παροχής επαρκούς υποστήριξης ή διευκόλυνσης στις υπηρεσίες, καθώς τα γλωσσικά εμπόδια δυσχεραίνουν τη μετάδοση πληροφοριών, αλλά και την κατανόηση της εμπειρίας του ατόμου και τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης.

Για το λόγο αυτό, η παρουσία **διερμηνέα ή πολιτισμικού διαμεσολαβητή**, ο ρόλος του οποίου είναι η διευκόλυνση της διαπολιτισμικής επικοινωνίας και κατανόησης, είναι ζωτικής σημασίας. Ως εκ τούτου, είναι ευθύνη του εργαζόμενου στο πεδίο να μάθει πώς να συνεργάζεται επιτυχώς με πολιτισμικούς διαμεσολαβητές και διερμηνείς, προκειμένου να διασφαλίσει μια γόνιμη και ουσιαστική ανταλλαγή διαλόγου και πληροφοριών με πολιτισμικά κατάλληλο τρόπο μεταξύ του επαγγελματία και του μετανάστη/πρόσφυγα.

Μια γενική κατευθυντήρια γραμμή είναι ότι ένας πολιτισμικός διαμεσολαβητής θα πρέπει να είναι παρών όταν ένας μετανάστης ή πρόσφυγας μπορεί να κατανοήσει κάτι περισσότερο από τους βασικούς χαιρετισμούς και φράσεις. Με βάση αυτό, ακόμη και αν το άτομο είναι σε θέση να διεξάγει διάλογο στη γλώσσα υποδοχής, μπορεί να αισθάνεται ανίκανο να εκφραστεί σχετικά με πιο σύνθετα ζητήματα, όπως η συναισθηματική ή σωματική δυσφορία. Ως πρόχειρος κανόνας, ένας διερμηνέας ή πολιτισμικός διαμεσολαβητής θα πρέπει να είναι παρών στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών και μεταναστών ή προσφύγων, ιδίως όταν αυτοί διαμένουν στη χώρα υποδοχής μόνο δύο χρόνια ή λιγότερο [2]. Οι διερμηνείς ή οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές ενεργούν ως πολιτισμικοί αρωγοί, όχι απλώς μεταφράζοντας αλλά παρέχοντας ένα σημείο σύνδεσης με τον πολιτισμό του άλλου. Η ικανότητά τους να μεταφέρουν αποχρώσεις της γλώσσας, του τόνου και του συναισθήματος διασφαλίζει ότι το μήνυμα μεταφέρεται με ακρίβεια και ενσυναίσθηση, καλλιεργώντας την εμπιστοσύνη και τη σχέση μεταξύ του επαγγελματία και του ενδιαφερόμενου.

Εκτός από την υποστήριξη της επικοινωνίας στις καθημερινές ανάγκες, ένας διερμηνέας ή πολιτισμικός διαμεσολαβητής παρέχει γλωσσική και πολιτισμική υποστήριξη διαμεσολάβησης πριν και κατά τη διάρκεια:

- *Ιατρικών εξετάσεων και συνεδριών συμβουλευτικής με ψυχολόγο - συνοδεία των ατόμων στις υπηρεσίες- παροχή βοήθειας στις διαδικασίες υποδοχής και εισαγωγής, καθώς και στις δραστηριότητες προσανατολισμού των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών- υποστήριξη της εκπαίδευσης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, όπου χρειάζεται- γεφύρωση των κενών επικοινωνίας και κατανόησης που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια συνεντεύξεων σχετικά με τις ανάγκες υγείας και ψυχικής υγείας, λόγω γλωσσικών δυσκολιών αλλά και των διαφορετικών εννοιών που έχουν ορισμένες έννοιες σε διαφορετικούς πολιτισμούς, όπως διαπιστώθηκε σε προηγούμενες ενότητες [3],*
- *Κοινωνικών ή νομικών συνεντεύξεων, βοηθώντας στην πλοήγηση στην πολυπλοκότητα και την ορολογία του νομικού συστήματος- προάσπιση της γλωσσικής ισότητας- ενδυνάμωση των ατόμων να συμμετέχουν πλήρως στις νομικές διαδικασίες, αποκτώντας πρόσβαση στα πλήρη δικαιώματά τους- προετοιμασία με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες για συνεντεύξεις ασύλου και με όλες τις διοικητικές και γραφειοκρατικές διαδικασίες [1].*

Ο διερμηνέας ή ο πολιτισμικός διαμεσολαβητής θα πρέπει επομένως να αναγνωρίζεται ως επαγγελματικός σύμμαχος, ο οποίος βοηθά τους υπόλοιπους επαγγελματίες να σχετίζονται με το άτομο και να περιηγηθούν στις πολυπλοκότητες της διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

2. Διερμηνέας, Μεταφραστής, Πολιτισμικός Διαμεσολαβητής

Το πρώτο βήμα για την οικοδόμηση μιας αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας είναι η γνώση του τι μπορούν και τι δεν μπορούν να κάνουν οι άλλοι επαγγελματίες. Μέχρι τώρα αναφερθήκαμε στους διερμηνείς και στους πολιτισμικούς διαμεσολαβητές, καθώς και τα δύο επαγγέλματα, στην πραγματικότητα, υποστηρίζουν την αμφίδρομη προφορική επικοινωνία, μεταφέροντας πληροφορίες μεταξύ μιας γλώσσας (γλώσσα-πηγή) σε μια άλλη γλώσσα (γλώσσα-στόχος), με όσο το δυνατόν

μεγαλύτερη ακρίβεια, λειτουργώντας ως γέφυρα μεταξύ των πολιτισμών, παραμένοντας αμερόληπτοι και πολιτισμικά ευαίσθητοι [4].

Οι ορισμοί του «πολιτισμικού διαμεσολαβητή», του «**διερμηνέα**» και του «μεταφραστή», οι οποίοι συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στο πλαίσιο της δια-πολιτισμικής φροντίδας, παρατίθενται στη συνέχεια [5, 6].

Βασικοί Ορισμοί	
Διερμηνέας	Ο διερμηνέας μεταφράζει προφορικά από μια γλώσσα σε μια άλλη γλώσσα.
Μεταφραστής	Άτομο ειδικά εκπαιδευμένο να μετατρέπει γραπτό κείμενο από μια γλώσσα σε άλλη.
Πολιτισμικός διαμεσολαβητής	Άτομο που διευκολύνει την αμοιβαία κατανόηση μεταξύ ενός ατόμου ή μιας ομάδας ανθρώπων, του μεταναστευτικού/προσφυγικού πληθυσμού για παράδειγμα, και ενός επαγγελματία, ενός γιατρού για παράδειγμα, διερμηνεύοντας και λαμβάνοντας υπόψη τα πολιτισμικά στοιχεία. Μπορεί να δώσει συμβουλές και στα δύο μέρη σχετικά με τις κατάλληλες πολιτισμικές συμπεριφορές.

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από την ενότητα 3: Διερμηνεία σε Προσφυγικό Πλαίσιο (2009) και «Οδηγός Πεδίου για την Ανθρωπιστική Διερμηνεία και Πολιτισμική Διαμεσολάβηση» (2017).

Πράγματι, ο διερμηνέας και ο πολιτισμικός διαμεσολαβητής έχουν διαφορετικούς ρόλους με διαφορετικά σύνολα δεξιοτήτων. Ακολουθεί ένας κατάλογος **δραστηριοτήτων που τυπικά μπορεί η επιτέλεσή τους να απαιτείται από έναν πολιτισμικό διαμεσολαβητή, αλλά δεν είναι απαραίτητα αρμοδιότητα ενός διερμηνέα**. Ωστόσο, τα όρια μπορεί συχνά να είναι θολά. Εν τω μεταξύ, επισημαίνεται ότι **δεν θα έχουν όλοι οι διερμηνείς και οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές σε αυτά τα περιβάλλοντα και επαγγελματικές δεξιότητες διερμηνείας και υψηλή γλωσσική επάρκεια [6]**

- Μεταφορά μόνο των κύριων μηνυμάτων,
- Παροχή πολιτισμικών συμβουλών και συμφραζομένων εάν και εφόσον ζητηθούν (ο διερμηνέας το κάνει μόνο εάν είναι απολύτως απαραίτητο για την κατανόηση),
- Πιθανή σύνδεση με τις κοινότητες, συλλογή πληροφοριών και ανατροφοδότηση των σχετικών μερών,

- Παροχή πρόσθετης υποστήριξης εκτός από τη μετάδοση πληροφοριών

Τέλος, ούτε οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές ούτε οι διερμηνείς παρέχουν γραπτή μετάφραση- αυτή είναι δουλειά ενός μεταφραστή.

Καθώς επισημαίνονται οι διακρίσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών, είναι επίσης σημαντικό να τονιστεί ότι δεν συνιστάται η συνεργασία με μη εκπαιδευμένο διερμηνέα ή διαμεσολαβητή (δηλαδή με κάποιον χωρίς επίσημη επαγγελματική κατάρτιση, είτε μέσω των ακαδημαϊκών σπουδών του είτε μέσω οργανισμού/ατομικού φορέα), και σίγουρα όχι με ad hoc διερμηνείς, δηλαδή τυχαίους περαστικούς, όπου δεν είναι σίγουρη η δυνατότητα αποσαφήνισης των ρόλων και των προσδοκιών.

Σε ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες υγείας, και ιδιαίτερα σε υπηρεσίες άμεσης παρέμβασης, οι επαγγελματίες που εργάζονται με πληθυσμούς με άλλη μητρική γλώσσα και πολιτισμό, συχνά έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαιδευμένους διερμηνείς ή πολιτισμικούς διαμεσολαβητές. Σε αυτές τις περιπτώσεις, μη επαγγελματίες (μέλη της οικογένειας, φίλοι ή τυχαίοι περαστικοί) καλούνται συχνά να ενεργήσουν ως ad hoc διερμηνείς. Ωστόσο, οι έρευνες δείχνουν ότι υπάρχουν πολλές δυσκολίες στη χρήση της βοήθειας μη εκπαιδευμένων διερμηνέων [7], οι οποίοι συχνά ενεργούν ως ανεξάρτητα άτομα που συμμετέχουν ενεργά στις αλληλεπιδράσεις, αποτυγχάνοντας μερικές φορές να διερμηνεύσουν μέρη των όσων είπαν οι συνομιλητές ενώ, ταυτόχρονα, μπορεί να προσθέτουν στοιχεία και απόψεις στη συζήτηση [8].

Συχνά έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά καλούνται να μεταφράσουν για τους γονείς τους, ιδίως σε περιπτώσεις όπου έχουν καλύτερη γνώση της γλώσσας στη χώρα υποδοχής (βλ. επίσης Μάθημα 1, Ενότητα 1.4, όπου αυτό εξηγείται περαιτέρω στο πλαίσιο των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της μετανάστευσης). Τα παιδιά κάτω των 18 ετών δεν θα πρέπει να αναλαμβάνουν τη μετάφραση, δεδομένου του κινδύνου πιθανής δευτερογενούς τραυματισμού μέσω της μετάφρασης δύσκολων θεμάτων, όπως οι εμπειρίες βίας των γονέων, όπου το βάρος της ευθύνης αν κάτι δεν μεταφραστεί με ακρίβεια θα είναι πολύ μεγάλο [9].

3. Οι Ανάγκες και οι Προκλήσεις της Διευκόλυνσης της Επικοινωνίας για Διαφορετικούς Επαγγελματίες

Το έργο διαφόρων επαγγελματιών και εθελοντών που εργάζονται στη φροντίδα μεταναστών και προσφύγων περιλαμβάνει αρχές όπως η κοινωνική δικαιοσύνη, ο αποστιγματισμός και η ένταξη [9]. Όπως είδαμε προηγουμένως σε αυτό το μάθημα, οι συγκεκριμένες αρχές βασίζονται στην αναγνώριση ότι η εξουσία στην κοινωνία δεν είναι εξίσου κατανομημένη και είναι καθήκον του εργαζόμενου στο πεδίο να αναζητήσει πόρους και να ενδυναμώσει τους αποδέκτες της κοινωνικής φροντίδας ώστε να καταλάβουν μια ολοκληρωμένη θέση στην κοινωνία. Οι επαγγελματίες και οι εθελοντές πρέπει να προσέχουν να μην χρησιμοποιούν γλώσσα και λέξεις με αρνητική χροιά που λειτουργούν αποδυναμωτικά για τους αποδέκτες της κοινωνικής πρόνοιας ή προκαλούν περαιτέρω αποκλεισμούς και διακρίσεις. Αυτό απαιτεί από αυτούς να συνεργαστούν με διερμηνείς ή πολιτισμικούς διαμεσολαβητές προκειμένου να διαπραγματευτούν τους ρόλους εντός της τριάδας.

Η παρουσία ενός τρίτου προσώπου (διερμηνέα ή πολιτισμικού διαμεσολαβητή) στη συνδιαλλαγή μεταξύ του ατόμου και του επαγγελματία μπορεί να δημιουργήσει προκλήσεις στην οικοδόμηση της σχέσης μεταξύ των δύο και στην αντίληψη του επαγγελματία για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής του. Τα διάφορα επαγγέλματα χαρακτηρίζονται από διαφορετικούς στόχους επικοινωνίας και, συνεπώς, διαμεσολάβησης. Θα εξετάσουμε εδώ τους κυριότερους, ακολουθούμενοι από γενικές καλές πρακτικές για αποτελεσματική ομαδική εργασία.

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας

- Η κατανόηση των μη λεκτικών πληροφοριών μπορεί να είναι δύσκολη λόγω της καθυστέρησης μεταξύ της ώρας που μίλησε το άτομο και της διερμηνείας, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη σύνδεση των μη λεκτικών εκφράσεων με τα λόγια του ατόμου. Ομοίως, μπορεί να είναι πολύπλοκο να κατανοήσουμε πώς αλλάζει ο τόνος σε σχέση με το θέμα. Επιπλέον, ορισμένες χειρονομίες και μιμήσεις των διαβουλεύσεων δεν είναι άμεσα κατανοητές για όλα τα μέλη της τριάδας και απαιτούν κάποια μορφή παρέμβασης από τον διερμηνέα/πολιτισμικό διαμεσολαβητή. Διερμηνεύουν αυτές τις χειρονομίες ή τις μιμήσεις με λεκτικά μέσα ή τις αντικαθιστούν με χειρονομίες ή μιμήσεις που είναι κατανοητές για τους αποδέκτες.

Επιπλέον, μπορεί να προκύψουν περιορισμοί κατά τη διαδικασία της διερμηνείας κατά τη διάρκεια των συνεδριών. Συγκεκριμένα, ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας μπορεί να στερηθεί σημαντικά δεδομένα για τη διάγνωση, όταν:

- Οι διερμηνείς διατυπώνουν τα προσωπικά τους συμπεράσματα για το νόημα, όταν η ομιλία κάποιου ατόμου που νοσηλεύεται για ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι δυσνόητη και, κατά συνέπεια, δύσκολο να αποδοθεί σε μια άλλη γλώσσα.
- Οι διερμηνείς μειώνουν ή παραλείπουν τα συναισθηματικά ή υποκειμενικά στοιχεία και καθιστούν τον λόγο περισσότερο πραγματολογικό.
- Οι διερμηνείς παραλείπουν ή μετριάζουν στοιχεία που δημιουργούν ή ενισχύουν τις σχεσιακές εντάσεις εντός της τριάδας, όταν τα συναισθήματα και οι υποκειμενικές αντιλήψεις δεν αποτελούν κεντρικές πτυχές της συζήτησης.
- Σε αρκετές περιπτώσεις, τα καταληκτικά σχόλια που προστίθενται στο τέλος μιας ακολουθίας ερωτήσεων-απαντήσεων δεν αναπαράγονται στις αποδόσεις, παρόλο που φαίνονται σημαντικά για την κλινική και σχεσιακή δυναμική.
- Όταν άλλα μέλη της τριάδας (είτε το άτομο είτε ο επαγγελματίας) διακόπτουν τους διερμηνείς κατά την εκφορά ενός παρατεταμένου μηνύματος, αυτό συχνά έχει ως αποτέλεσμα σημαντικές αλλαγές στη δομή της αρχικής ομιλίας, για παράδειγμα, μείωση, απλούστευση και/ή αποσαφήνιση [10].

Κοινωνικοί λειτουργοί

Οι κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται με την αντιμετώπιση περιπτώσεων σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα, μερικές φορές ενεργώντας ως πάροχοι κοινωνικών υπηρεσιών, σύμβουλοι ή ως μέρος του συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Συχνά, καλούνται να δίνουν και να λαμβάνουν πληροφορίες που είναι ζωτικής σημασίας για την τήρηση των νόμιμων δικαιωμάτων των δικαιούχων. Αυτός θα μπορούσε να είναι ένας λόγος για τον οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί στο πεδίο προτιμούν την άμεση μετάφραση και προτιμούν οι διερμηνείς να παραμένουν ουδέτεροι στις συνεντεύξεις κοινωνικής εργασίας.

Ιατροί

Στις ιατρικές συναντήσεις, μπορεί να προκύψουν δυσκολίες λόγω της ανάγκης περιγραφής τεχνικών όρων και εξηγήσεων και της ανάγκης να μεταφραστούν προσεκτικά οι πολιτισμικές διαφορές γύρω από ορισμένες έννοιες (βλ. Ενότητα 3.2). Επιπλέον, προκειμένου να φέρουν εις πέρας τη διεξαγωγή της ιατρικής συνέντευξης εντός συγκεκριμένου χρονικού πλαισίου, οι γιατροί πρέπει να εργάζονται καθ' όλη τη διάρκεια της συνάντησης για να παρέχουν μια δομή. Στο πλαίσιο αυτής της συνάντησης, ο ρόλος του γιατρού είναι να θέσει την ατζέντα, με βάση τις ανάγκες του ασθενούς, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τον ασθενή και τον γιατρό. Η διαχείριση του χρόνου μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα, καθώς η οικεία δομή της ιατρικής συνέντευξης διακόπτεται, οι γιατροί έχουν λιγότερο έλεγχο του τι λέγεται και η τήρηση μιας αλληλουχίας ερωτήσεων-απαντήσεων μπορεί να είναι πιο δύσκολη.

Αναφέρονται δύο δυσκολίες στη συλλογή πληροφοριών μέσω διερμηνέων ή πολιτισμικών διαμεσολαβητών: (α) Ενδέχεται να προκύψουν καθυστερήσεις, οι οποίες διαταράσσουν το συλλογισμό του ιατρού ή την ικανότητά του να ελέγξει υποθέσεις και (β) Οι γιατροί μπορεί να αισθάνονται ότι είναι δύσκολο να διαπραγματευτούν ένα σχέδιο θεραπείας επειδή έχουν ελάχιστο έλεγχο στον τρόπο μετάδοσης του μηνύματός τους, καθώς οι μη λεκτικές πληροφορίες συχνά χάνονται.

4. Επικοινωνία και σχέσεις σε μια τριάδα

Πριν τη συνάντηση

Στο πλαίσιο της φροντίδας μεταναστών και προσφύγων, η επίτευξη μιας παραγωγικής σχέσης μεταξύ διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή και εθελοντών ή επαγγελματιών περιλαμβάνει διάφορα βήματα που θα έπρεπε να ακολουθηθούν.

○ **Επιλογή του κατάλληλου διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή**

Για την επιλογή του καταλληλότερου διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή, μια πρώτη πτυχή που πρέπει να εξεταστεί είναι, φυσικά, η γλώσσα. Ιδανικά, το άτομο που διευκολύνει τη γλωσσική ή/και πολιτισμική ανταλλαγή με έναν μετανάστη ή πρόσφυγα πρέπει να μιλάει την ίδια γλώσσα ΚΑΙ διάλεκτο μαζί του. Δεν θα πρέπει να θεωρείται ότι κάποιος που μιλάει μια γλώσσα μπορεί να τη

μιλάει/καταλαβαίνει σε όλες τις διαλέκτους. Ωστόσο, είναι σύνηθες ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής και ο μετανάστης ή πρόσφυγας να μιλούν διαφορετική γλώσσα (ένα άτομο που έχει γεννηθεί στο Αφγανιστάν μπορεί να μιλάει φαρσί αλλά μπορεί να μιλάει και παστού) ή μια πολύ διαφορετική διάλεκτο. Για τις συνεδρίες ή συναντήσεις με οικογένειες, το ελάχιστο θα ήταν να διασφαλιστεί ότι η γλώσσα είναι κατανοητή από όλα τα μέλη [2].

Η εθνικότητα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και το μεταναστευτικό ιστορικό και το πολιτικό τοπίο της πατρίδας του μετανάστη ή του πρόσφυγα θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Αυτές οι πτυχές μπορούν να διευκολύνουν ή να θέσουν σε κίνδυνο τη δυναμική της σχέσης, της εμπιστοσύνης και της κατανόησης, ακόμη και να καταστήσουν μια τέτοια σχέση εντελώς ανέφικτη [3]. Εάν ένας διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής διαπιστώσει ότι γνωρίζει προσωπικά το άτομο (π.χ. είναι συγγενής, φίλος ή γνωστός), θα πρέπει να το αναφέρει αμέσως, ώστε να ειδοποιηθεί άλλος διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής για να αναλάβει. Από την άλλη, είναι ευρέως αναγνωρισμένο ως ορθή πρακτική να διατηρείται ο ίδιος διερμηνέας όταν αναλαμβάνει θεραπευτικό έργο.

Ενημέρωση του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή

Η ενημέρωση μεταξύ των επαγγελματιών και του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή είναι απαραίτητη, ώστε το άτομο που διευκολύνει την αλληλεπίδραση να προετοιμαστεί όσο το δυνατόν καλύτερα και να εκφράσει τυχόν ανησυχίες που μπορεί να έχει πριν από τη συνάντηση και όχι κατά τη διάρκειά της. Ειδικότερα, κατά τη διάρκεια αυτής της προπαρασκευαστικής συνάντησης, οι εργαζόμενοι στο πεδίο θα πρέπει [2, 3]:

- Να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον μετανάστη ή τον πρόσφυγα: φύλο, ηλικία, εθνικότητα, γλώσσα, είδος της υποστήριξης που ζητείται, πιθανές προκλήσεις συμπεριφοράς (έντονη επιθετικότητα, δυσλεξία κ.λπ.), καθώς και για οποιονδήποτε άλλον μπορεί να συμμετέχει στη συνάντηση.
- Να συζητήσουν με τον πολιτισμικό διαμεσολαβητή/διερμηνέα τον σκοπό και τις προσδοκίες πριν από τη συνάντηση, ποιες ερωτήσεις θα τεθούν και τι είδους πληροφορίες πρέπει να

συγκεντρωθούν, και βοηθήσουν την πρόσβαση του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή σε κάθε γραπτό έντυπο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια της συνάντησης, ώστε να εξοικειωθεί με αυτό πριν χρειαστεί να το μεταφράσει [3].

- Συμφωνήσουν ένα «σήμα STOP» για την περίπτωση που ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής θέλει να διακόψει τη θεραπεία/διαβούλευση (π.χ. λόγω δικής του ανησυχίας κ.λπ.).
- Ρωτήσουν τον πολιτισμικό διαμεσολαβητή/διερμηνέα για τις σχετικές πληροφορίες πολιτισμικού υπόβαθρου, μια ελάχιστη γνώση του συγκεκριμένου πολιτισμού μπορεί να είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική συμβουλευτική-θεραπευτική εργασία.
- Κάνουν εκ των προτέρων εκτιμήσεις και διευκρινίσεις αναφορικά με την οργάνωση της συνάντησης: τη σειρά των καθισμάτων (βλ. ενότητα στη συνέχεια), το πρόσωπο που θα είναι υπεύθυνο για τις συστάσεις κ.λπ.
- Διευκρινίζουν το είδος της διερμηνείας που θα πρέπει να ακολουθήσουν (ταυτόχρονη ή διαδοχική) και τα συγκεκριμένα επιθυμητά στοιχεία για τη μετάφραση επαγγελματικής ορολογίας (ιατρικοί ή νομικοί όροι) (βλ. Πίνακα παρακάτω).

Μορφές διερμηνείας	
Ταυτόχρονη διερμηνεία	Εκτελείται γενικά από θάλαμο διερμηνείας σε συνεδριακό περιβάλλον.
Διαδοχική διερμηνεία	Ο ομιλητής αφήνει παύσεις ώστε ο διερμηνέας να αναμεταδίδει την ομιλία, ένα τμήμα κάθε φορά.
Διμερής διερμηνεία	Ο διερμηνέας αναμεταδίδει και τις δύο (ή όλες) πλευρές μιας συνομιλίας μεταξύ ομιλητών διαφορετικών γλωσσών, δουλεύοντας τόσο μέσα όσο και έξω από την κύρια γλώσσα τους.

Ο επαγγελματίας θα πρέπει να καθορίσει τη μορφή της διερμηνείας που απαιτείται και τη μετάφραση που απαιτείται. Σημειώστε ότι μερικές φορές η διερμηνεία από λέξη σε λέξη στερεί το νόημα ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, ακόμη και την καταλληλότητα. Στο βαθμό που το επιτρέπει η ικανότητα του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή, πρέπει να προσπαθεί να μεταφέρει σωστά το νόημα των λεγομένων. Το γεγονός ότι ορισμένες λέξεις ή φράσεις δεν μπορούν να μεταφραστούν δεν αποτελεί απαραίτητα πρόβλημα.

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από τον Οδηγό Πεδίου για την Ανθρωπιστική Διερμηνεία και Πολιτισμική Διαμεσολάβηση [6].

→ **BINTEO: Δουλεύοντας με Διερμηνείς**  (EN)

- **Κατάλληλη διευθέτηση του χώρου**

Η συνάντηση σε μια τριάδα συνεπάγεται επίσης συγκεκριμένες οργανωτικές ανάγκες. Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας να εξετάσει προσεκτικά [2,3,5]:

- Τη μεγαλύτερη διάρκεια της συνάντησης, δεδομένου ότι η προ- και μετα-συνομιλία με τον διερμηνέα/πολιτισμικό διαμεσολαβητή καθώς και η διαδικασία διερμηνείας στην κύρια φάση απαιτούν επιπλέον χρόνο.
- Τον χρόνο και τον τόπο της συνάντησης, αποφεύγοντας να περιμένει ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής στο ίδιο δωμάτιο/χώρο με τον πελάτη, ώστε να αποτραπεί το ενδεχόμενο να ξεκινήσει η συζήτηση σχετικά με τα προσωπικά θέματα του ατόμου ή να ζητήσει βοήθεια και συμβουλές.
- Την κατάλληλη διάταξη καθισμάτων, η οποία θα πρέπει να συζητηθεί εκ των προτέρων. Ο τρόπος με τον οποίο τοποθετούνται οι καρέκλες παίζει σημαντικό ρόλο στο να διευκολύνεται ή να παρεμποδίζεται η επικοινωνία μεταξύ του μετανάστη/πρόσφυγα και των επαγγελματιών. Στην Εικόνα 3.3.1. παρουσιάζεται η διαρρύθμιση που προτείνεται στην τριάδα.

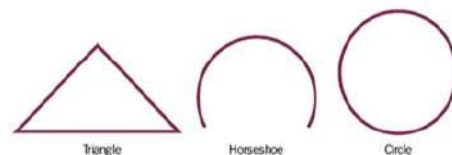
Εικόνα 3.3.1. «Διάταξη καθισμάτων στην αίθουσα συνεδριών»

Ο επαγγελματίας και ο επωφελούμενος πρέπει να μπορούν να έχουν βλεμματική επαφή καθ' όλη τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης



Η διεύθετση πρέπει να είναι ευέλικτη, να μπορεί να προσαρμόζεται στον αριθμό των ατόμων που είναι παρόντα στη συνάντηση:

- Τρία άτομα → Τρίγωνο
- Τέσσερα άτομα → Τετράγωνο
- Περισσότερα → κύκλος



Όταν περισσότερα από τρία άτομα είναι παρόντα, τοποθετείστε τον/τη διευκολυντή/τρια δίπλα στον επαγγελματία και κοντά στο κύριο επωφελούμενο άτομο ώστε να είναι σε θέση να κατανοεί τη διαδικασία με όσο το δυνατό λιγότερους περισπασμούς

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από το DIPS (2009). Διερμηνεία στο πλαίσιο των προσφύγων [5] και Παπαδόπουλος, ΡΚ. (2019). Ψυχοκοινωνικές Διαστάσεις της Προσφυγικής Συνθήκης [2].

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας

Κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας, οι επαγγελματίες θα πρέπει να συστηθούν και να παρουσιάσουν τον εαυτό τους και τον διερμηνέα και στη συνέχεια να εξηγήσουν:

- Ποιοι είναι και τι περιλαμβάνει ο ρόλος τους και του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή.
- Ότι ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής δεσμεύεται από έναν κώδικα δεοντολογίας στο επάγγελμά του και θα διασφαλίσει πλήρη εμπιστευτικότητα όσον αφορά όλα όσα θα ειπωθούν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και δεν είναι σε θέση να συζητήσει τίποτα με άτομα εκτός αυτής.
- Τον σκοπό της συνάντησης και την ακριβή διαδικασία διερμηνείας και διαμεσολάβησης.

Επισημαίνεται ότι η επαφή μεταξύ του πελάτη και του διερμηνέα/πολιτισμικού διαμεσολαβητή μετά τη συνεδρία θα πρέπει να αποφεύγεται. Σε γενικές γραμμές, είναι καλή πρακτική να υπάρχει μια μορφή συνεδρίας στην οποία δίνεται προσοχή σε κάθε φάση, με μια εισαγωγή/καλωσόρισμα, τα θέματα συζήτησης και τους χαιρετισμούς. Τόσο ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής όσο και ο επαγγελματίας θα πρέπει να αναγνωρίζουν τους συγκεκριμένους ρόλους, τα καθήκοντα και τις αρμοδιότητές τους. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να είναι σαφές ότι ο επαγγελματίας είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της συνεδρίας ή της υπηρεσίας.

Κατά τη φάση υποδοχής και εισαγωγής, οι επαγγελματίες θα πρέπει:

- Να καλωσορίσουν τους συμμετέχοντες και να κάνουν μια σύντομη εισαγωγή του ρόλου τους και του ρόλου των διερμηνέων/πολιτισμικών διαμεσολαβητών. Ο χαιρετισμός θα πρέπει να μεταφράζεται αμέσως.
- Να καταναείμουν στις θέσεις τους συμμετέχοντες.
- Να εξηγήσουν στους συμμετέχοντες τις αρχές εμπιστευτικότητας.
- Να εξηγήσουν το είδος της διερμηνείας και τους κανόνες.
- Να εξηγήσουν επίσης την έννοια του σήματος «STOP» στο άτομο.

Κατά τη φάση της παρέμβασης/συμβουλευτικής, ο επαγγελματίας θα πρέπει να:

- Φροντίζουν μιλούν με σύντομες προτάσεις και ερωτήσεις και να κάνουν συχνές παύσεις ενδιάμεσα ώστε ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής να έχει το χρόνο να μεταφράσει. Είναι σκόπιμο να ακολουθεί παύση μετά από 2-3 σύντομες προτάσεις για να δοθεί στον διερμηνέα/πολιτισμικό διαμεσολαβητή η ευκαιρία να μεταφράσει με ακρίβεια.
- Απευθύνονται στον μετανάστη ή τον πρόσφυγα σε πρώτο πρόσωπο, χρησιμοποιώντας το πρώτο και το δεύτερο πρόσωπο «εγώ» και «εσύ» (βλ. Εικόνα 3.3.2).
- Διατηρούν οπτική επαφή με το άτομο, ακόμη και όταν μιλάει ο πολιτιστικός διαμεσολαβητής/διερμηνέας, και να παρατηρούν τα σημάδια στη γλώσσα του σώματος τόσο του διερμηνέα όσο και του ατόμου (βλ. Εικόνα 3.3.2)

Εικόνα 3.3.2. «Σχέση τριάδας κατά τη διάρκεια της συνάντησης»



Σημείωση: Προσαρμοσμένο από το DIPS (2009). Interpreting in a Refugee Context [5]

- Αποφεύγουν εξειδικευμένους όρους ή την καθομιλουμένη και να εξηγούν δυνητικά δύσκολους όρους ή έννοιες στον διερμηνέα/πολιτισμικό διαμεσολαβητή.

- Αναγνωρίζουν ότι θα υπάρξουν περιπτώσεις όπου ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής ίσως χρειαστεί να αφιερώσει λίγο περισσότερο χρόνο για να εξηγήσει τα λεγόμενα για να τα αποσαφηνίσει καλύτερα.
- Αποφεύγουν τον σαρκασμό, τον κυνισμό και τα αστεία, καθώς αυτά είναι συνήθως δύσκολο να μεταφραστούν.
- Αποφεύγουν να συζητούν με τον διερμηνέα χωρίς να μεταφράζεται το περιεχόμενο της συνομιλίας τους.

Στην τελευταία φάση της συνάντησης:

- Οι επαγγελματίες θα πρέπει να δώσουν στο άτομο/πελάτη την ευκαιρία να θέσει ερωτήσεις ή να εκφράσει οτιδήποτε άλλο μπορεί να χρειαστεί.
- Εάν είναι απαραίτητο, ιδίως εάν έχουν συζητηθεί επώδυνα και δύσκολα θέματα, θα πρέπει να κανονιστεί ένα ραντεβού παρακολούθησης με το άτομο και τον διερμηνέα/πολιτισμικό διαμεσολαβητή στο τέλος της συνεδρίας.
- Το άτομο/πελάτης θα πρέπει να αποχωρήσει πρώτος από την αίθουσα. Κατά κανόνα, ο διερμηνέας/πολιτισμικός διαμεσολαβητής φεύγει μόνος του από την αίθουσα συμβουλευτικής.

→ **BINTEO:** [Συνεργασία για Αποτελεσματική Διερμηνεία - DOs](#) .

Μετά τη συνεδρία

Αφού ολοκληρωθεί η συνεδρία και το άτομο/πελάτης αποχωρήσει από την αίθουσα, ο εργαζόμενος πρώτης γραμμής και ο διερμηνέας ή ο πολιτισμικός διαμεσολαβητής θα πρέπει να αφιερώσουν χρόνο για να αναστοχαστούν τη συνάντηση. Ο εργαζόμενος πρώτης γραμμής θα πρέπει:

- Να συζητήσει με τον διερμηνέα ή τον πολιτισμικό διαμεσολαβητή εάν η συμμετοχή τους προκαλεί δυσκολίες αντί να διευκολύνει την επικοινωνία. Εάν το ζήτημα δεν μπορεί να επιλυθεί

συνεργατικά, να ειδοποιήσει έναν προϊστάμενο για τον προσδιορισμό μιας αμοιβαία συμφωνημένης λύσης.

- Να ζητήσει από τον διερμηνέα ή τον πολιτισμικό διαμεσολαβητή συμβουλές σχετικά με τις πολιτισμικές αποχρώσεις που μπορεί να βελτιώσουν την κατανόηση της αλληλεπίδρασης.
- Να παρέχει χώρο στον διερμηνέα ή τον πολιτισμικό διαμεσολαβητή να εκφράσει τις ανησυχίες του σχετικά με τις προκλήσεις της διερμηνείας, όπως οι διαφορές στη διάλεκτο ή η ροή του λόγου.
- Να προτείνει τον από κοινού προβληματισμό σχετικά με τη θεραπεία ή τη συμβουλευτική, εάν θεωρεί ότι θα είχε θετικό αντίκτυπο στις μελλοντικές συνεδρίες.
- Να ρωτήσει αν ο διερμηνέας ή ο πολιτισμικός διαμεσολαβητής επηρεάστηκε συναισθηματικά από τη συνεδρία, ιδίως αν αφορούσε οδυνηρά θέματα (π.χ. τραύμα, θάνατος, βασανιστήρια). Εάν ναι, πρέπει ν' αφιερωθεί χρόνος για την επεξεργασία αυτών των συναισθημάτων.
- Να συμπληρώσει όλα τα απαραίτητα έντυπα, όπως έγγραφα επιβεβαίωσης με στοιχεία χρέωσης, ημερομηνία, διάρκεια και υπογραφές, κατά περίπτωση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Smith, S. (n.d.). *Interpreting for refugees and asylum seekers: Ensuring access to justice and services*. Retrieved July 10, 2024, from <https://dayinterpreting.com/blog/interpreting-for-refugees-and-asylum-seekers-ensuring-access-to-justice-and-services/>
- [2] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre and Centre for Trauma, Asylum and Refugees, University of Essex. Retrieved July 10, 2024, from https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2023/04/2022_01_Psychokoinonikes-diastaseis_EN.pdf [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (Επιμ.) (2019). *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της προσφυγικής συνθήκης Συνεργική προσέγγιση*. Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ (Συν-ειρμός Αμκε Κοιν. Αλληλεγγύης) και του Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).]
- [3] Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Melbourne, Australia: Victorian Transcultural Psychiatry Unit. Retrieved July 10, 2024, from <https://babeldc.gr/wp-content/uploads/2018/11/VTPUInterpreterGuidelines.pdf> [στην ελληνική: Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2011) *Κατευθυντήριες οδηγίες για την αποτελεσματική συνεργασία με διερμηνείς στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας*. Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ.]
- [4] Women's Refugee Commission & UNICEF (n.d.). *Supporting survivors of violence: The role of linguistic and cultural mediators, with a focus on gender-based violence and sexual violence against men and boys. A training curriculum*. Retrieved July 10, 2024, from <https://www.womensrefugeecommission.org/research-resources/supporting-survivors-of-violence-the-role-of-linguistic-and-cultural-mediators-training-curriculum/>
- [5] Division of International Protection Services (DIPS) (2009). *Self-study module 3: Interpreting in a refugee context*. UN High Commissioner for Refugees (UNHCR). Retrieved July 10, 2024, from <https://www.refworld.org/reference/manuals/unhcr/2009/en/66441>
- [6] Translators without Borders (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved July 10, 2024, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>
- [7] Clarke, S. K., Jaffe, J., & Mutch, R. (2019). Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatric Clinics of North America*, 66(3), 669–686. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.02.012>
- [8] Von Törne, A. (2009). *Therapiezentrum für Folteropfer – Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln. Sprachliche Hürden überwinden*. Köln: Hundt Druck GmbH.
- [9] Vojak, C. (2009). Choosing language: Social service framing and social justice. *British Journal of Social Work*, 39(5), 936–949. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm144>
- [10] Weber, O., Klemp, J., Chmetz, F., Daliani, A., Diserens, E. A., & Faucherre, F. (2023). Interpreter-mediated psychiatric assessments: Metacommunication as key. *Transcultural Psychiatry*, 60(4), 626–636. <https://doi.org/10.1177/13634615221119383>

Ενότητα 3.4: Διεπιστημονική Συνεργασία στην Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Επισκόπηση ενότητας

Η ενότητα αυτή καλύπτει τη σημασία της διεπιστημονικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση των ψυχικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των μεταναστών και των προσφύγων. Δίνει έμφαση στους ρόλους των διαφόρων επαγγελματιών, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών ψυχικής υγείας, των κοινωνικών λειτουργών, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, των διερμηνέων και των εθελοντών, οι οποίοι συμβάλλουν ο καθένας σε μια συντονισμένη προσέγγιση της περίθαλψης. Η ενότητα συζητά τις πολυτομεακές προσεγγίσεις στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, εστιάζοντας σε στρατηγικές που ενισχύουν την ανθεκτικότητα και την κοινωνική συνοχή. Οι κατευθυντήριες γραμμές της Μόνιμης Διυπηρεσιακής Επιτροπής (Inter-Agency Standing Committee – IASC) και η πυραμίδα παρέμβασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης παρουσιάζονται ως πλαίσια για δομημένη υποστήριξη, δίνοντας έμφαση στην ενσωμάτωση των υπηρεσιών κατά μήκος της πολυπλοκότητας του συνεχούς της φροντίδας.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Καθορισμός ρόλων και πεδίου δράσης](#)
3. [Πολυτομεακές προσεγγίσεις στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις](#)

1. Εισαγωγή

Η συνεργασία περιλαμβάνει τις κοινές προσπάθειες πολλαπλών οντοτήτων που εργάζονται μαζί για την επίτευξη ενός κοινού στόχου [1]. Η συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας, όχι μόνο για την τακτική παροχή υπηρεσιών, αλλά και για την επίλυση προκλήσεων μεγαλύτερης κλίμακας, όπως τα ζητήματα υγείας και οι κοινωνικές ανισότητες. Με τη συνένωση δυνάμεων, οι εργαζόμενοι στο πεδίο μπορούν να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά αυτά τα

πολύπλοκα προβλήματα. Η ομαδική εργασία αποτελεί έναν από τους παράγοντες που διασφαλίζουν ότι όλοι λαμβάνουν την περίθαλψη που χρειάζονται, ιδίως όσοι αντιμετωπίζουν δύσκολες συνθήκες.

Όπως είδαμε μέχρι στιγμής, η ψυχική υγεία δεν είναι ένας τομέας που αφορά κατ' αποκλειστικότητα τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας - μάλλον, διαμορφώνεται από έναν αστερισμό αλληλένδετων παραγόντων. Η συνεργασία των υγειονομικών και άλλων ειδικών μπορεί να τροποποιήσει τις εκβάσεις της φροντίδας, καλλιεργώντας ένα περιβάλλον πλούσιο σε επικοινωνία, αμοιβαίο σεβασμό και συνεργασία [1]. Αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο κατά την αντιμετώπιση των πολύπλοκων αναγκών των μεταναστευτικών και προσφυγικών πληθυσμών. Εδώ, οι διεπιστημονικές συνεργασίες - που γεφυρώνουν διαφορετικούς τομείς και ενώνουν διαφορετικούς ενδιαφερόμενους και οργανισμούς - καθίστανται απαραίτητες [2]. Τέτοιες συνεργασίες δημιουργούν ένα μωσαϊκό συλλογικής προσπάθειας που μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τις εκβάσεις ψυχικής υγείας των μεταναστών. Πέρα από την άμεση περίθαλψη, αυτή η ενοποιημένη προσέγγιση διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών με πολιτισμική ευαισθησία, τη δίκαιη κατανομή των πόρων και μια βαθύτερη απήχηση στις πολύπλευρες ανάγκες των μεταναστευτικών κοινοτήτων [2].

2. Καθορισμός ρόλων και πεδίου δράσης

Ίσως μία από τις πιο κρίσιμες πτυχές αυτής της **διεπιστημονικής συνεργασίας** είναι η κατανόηση των μοναδικών ρόλων και των συνεισφορών κάθε εμπλεκόμενου επαγγελματία. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσετε ποιοι είστε εσείς σε αυτό το δίκτυο και ποιοι είναι οι άνθρωποι με τους οποίους συνεργάζεστε. Η κατανόηση αυτών των ρόλων όχι μόνο αποσαφηνίζει τις ευθύνες αλλά και διευκολύνει τον καλύτερο συντονισμό μεταξύ των επαγγελματιών. Σε αυτό το πλαίσιο, κάθε εμπλεκόμενος φορέας κατέχει έναν ξεχωριστό και ταυτόχρονα αλληλένδετο ρόλο στην υποστήριξη της πλοήγησης στον χώρο της ψυχικής υγείας των μεταναστών [3-7]:

Επαγγελματίες ψυχικής υγείας	Διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διάγνωση και θεραπεία σοβαρών καταστάσεων ψυχικής υγείας, δεδομένης της κατάρτισης και εξειδίκευσής τους. Μπορούν να χρησιμοποιούν έναν συνδυασμό τεκμηριωμένων παρεμβάσεων (όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία/CBT, η θεραπεία με επίκεντρο το τραύμα και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία/IPT) και διαπολιτισμικές προσεγγίσεις (βλ. επίσης

	Μάθημα 2, Ενότητα 2.3). Το έργο τους συχνά περιλαμβάνει (αλλά δεν περιορίζεται σε αυτό) τη διενέργεια ολοκληρωμένων εκτιμήσεων ψυχικής υγείας, τη διεξαγωγή συνεδριών ομαδικής θεραπείας και την αντιμετώπιση σύνθετων θεμάτων όπως το πένθος, η απώλεια και οι προκλήσεις προσαρμογής.
Κοινωνικοί λειτουργοί	Συμπληρώνουν το έργο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας που επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοκοινωνική ευεξία (βλ. επίσης Μάθημα 1, Ενότητα 1.2). Παρέχουν άμεση ψυχοκοινωνική υποστήριξη μέσω της παρέμβασης σε κρίσεις, της διαχείρισης περιπτώσεων (case management) και της συνηγορίας (advocacy). Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνδέουν τους μετανάστες με βασικές υπηρεσίες, όπως η στέγαση, η απασχόληση, η εκπαίδευση και η νομική βοήθεια, συμβάλλοντας στη μείωση των φραγμών για τη σταθερότητα και την ένταξη. Υποστηρίζουν επίσης συστημικές αλλαγές για τη βελτίωση των πολιτικών και των προγραμμάτων που επηρεάζουν τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Συντονίζοντας τους κοινοτικούς πόρους και προωθώντας τις συνεργασίες, οι κοινωνικοί λειτουργοί συμβάλλουν σε μια ολιστική προσέγγιση που αντιμετωπίζει τόσο τις κοινωνικές όσο και τις κλινικές διαστάσεις της ψυχικής υγείας των μεταναστών.
Πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης	Λειτουργούν ως ανταποκριτές πρώτης γραμμής, παρέχοντας ένα ευρύ φάσμα ιατρικών υπηρεσιών, από τη διάγνωση και τη θεραπεία οξέων και χρόνιων παθήσεων έως τη διενέργεια εμβολιασμών και τη διαχείριση μεταδοτικών ασθενειών. Εκτός από την παροχή περίθαλψης σε κλινικά περιβάλλοντα, συμμετέχουν σε πρωτοβουλίες δημόσιας υγείας, όπως οι υγειονομικές εξετάσεις, η προγεννητική φροντίδα και οι εκστρατείες εμβολιασμού. Εστιάζουν επίσης στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και την εκπαίδευση των ασθενών. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει τη διαχείριση των προβλημάτων σωματικής υγείας και το συντονισμό της περίθαλψης για σύνθετες ιατρικές καταστάσεις, γεγονός που τους διαφοροποιεί από τους ψυχολόγους και τους κοινωνικούς λειτουργούς, των οποίων το επίκεντρο είναι η ψυχική υγεία και οι κοινωνικοί παράγοντες της υγείας, αντίστοιχα.
Εξειδικευμένοι διερμηνείς	Είναι απαραίτητοι σε ιατρικά περιβάλλοντα, διασφαλίζοντας την ακριβή και πολιτισμικά κατάλληλη επικοινωνία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των μεταναστών. Διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην απόκτηση συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση, στην ακριβή μετάδοση του ιατρικού και ψυχοκοινωνικού ιστορικού και στη διευκόλυνση των συζητήσεων σχετικά με τις διαγνώσεις και τα σχέδια θεραπείας. Σε αντίθεση με τους ανεκπαίδευτους διερμηνείς ή τα μέλη της οικογένειας, οι εξειδικευμένοι διερμηνείς τηρούν αυστηρά πρότυπα δεοντολογίας, διατηρώντας την εμπιστευτικότητα και την ουδετερότητα, αποτρέποντας έτσι την κακή επικοινωνία που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ιατρικά λάθη ή παρεξηγήσεις.
Εθελοντές	Προσφέρουν πρακτική υποστήριξη, βοηθώντας τους μετανάστες και τους πρόσφυγες να περιηγηθούν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, να συμπληρώσουν την απαραίτητη γραφειοκρατία και να παρακολουθήσουν τα ραντεβού. Συμβάλλουν στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, συνδέοντας τους

ανθρώπους με κοινοτικούς πόρους και οργανώνοντας ομάδες υποστήριξης ή δραστηριότητες ένταξης. Οι εθελοντές ενισχύουν επίσης το δίκτυο υποστήριξης εντοπίζοντας τις ανεκπλήρωτες ανάγκες και ενεργώντας ως σύνδεσμοι μεταξύ των μεταναστών/προσφύγων και των παρόχων υπηρεσιών, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι και οι υπηρεσίες είναι τόσο προσβάσιμες όσο και δεκτικές.

© **Καίριο Σημείο:** Βασικές αρχές και δράσεις που συνιστώνται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης, και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Ακολουθεί ένας κατάλογος με τις βασικές αρχές και δράσεις που συνιστώνται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, τον ΔΟΜ και τον ΠΟΥ [11], για την υποστήριξη των ψυχοκοινωνικών αναγκών μεταναστών και προσφύγων από ομάδες που λειτουργούν διεπιστημονικά .

Σεβασμός και ενδυνάμωση	Ανθρώπινη υποστήριξη σε συνθήκες ψυχικής δυσφορίας
Πρόσβαση σε ενημέρωση	Ψυχοεκπαίδευση
Παιδική προστασία	Οικογενειακή υποστήριξη
Πολιτισμική συνάφεια και ερμηνεία	Ταυτοποίηση εύαλωτων ατόμων
Σοβαρές ψυχικές διαταραχές	Περιορισμένες ψυχοθεραπευτικές θεραπείες
Ευεξία προσωπικού και εθελοντών	Συντονισμός και συνεργασία
Κατανόηση ρόλων και ευθυνών	Αποτελεσματική επικοινωνία
Ολιστική προσέγγιση της φροντίδας	Συμμετοχή της κοινότητας
Συνηγορία και πολιτική	

3. Πολυτομεακές προσεγγίσεις στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις ορίζονται ως «διαπροσωπικές ή πληροφοριακές δραστηριότητες, τεχνικές ή στρατηγικές που στοχεύουν σε βιολογικούς, συμπεριφορικούς, γνωστικούς, συναισθηματικούς, διαπροσωπικούς, κοινωνικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες με στόχο τη βελτίωση της υγειούς λειτουργίας και της ευεξίας» [8]. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι ζωτικής σημασίας για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, καθώς αφορούν τόσο την ατομική όσο και τη συλλογική

ευεξία, ενισχύοντας την ανθεκτικότητα, την κοινωνική συνοχή και την ένταξη. Η αποτελεσματική ψυχοκοινωνική στήριξη, επομένως, δεν αποσκοπεί μόνο στην ανακούφιση της ψυχικής δυσφορίας αλλά και στην ενίσχυση των κοινοτικών δεσμών, προάγοντας την ψυχική υγεία και ευεξία εν μέσω των προκλήσεων της μετανάστευσης.

Η αρχή της «μη πρόκλησης περαιτέρω βλάβης» είναι θεμελιώδης σε αυτό το πλαίσιο, καθώς συμβάλλει στη διασφάλιση ότι οι παρεμβάσεις δεν επιδεινώνουν ακούσια τις ευάλωτες θέσεις των πληγέντων πληθυσμών. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν συχνά ψυχοπιεστικά και δυνητικά επιβλαβή περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένης της εχθρικής υποδοχής, των αναξιοπρεπών συνθηκών και της ανασφάλειας, τα οποία μπορούν να υπονομεύσουν περαιτέρω την ψυχική τους υγεία. Η ψυχοκοινωνική στήριξη πρέπει να παρέχεται με τρόπο που να είναι σεβαστή η αυτονομία και η αξιοπρέπεια των ατόμων, διασφαλίζοντας ότι η στήριξη είναι προσαρμοσμένη στις συγκεκριμένες ανάγκες και ικανότητές τους.

Οι «Κατευθυντήριες Γραμμές για την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης» της Μόνιμης Διυπηρεσιακής Επιτροπής (IASC) [9], οι οποίες αναπτύχθηκαν το 2007 από έναν συνασπισμό περισσότερων από 35 ανθρωπιστικών οργανώσεων, παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την εφαρμογή αυτών των παρεμβάσεων. Τονίζουν τη σημασία της ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε όλες τις πτυχές της ανθρωπιστικής ανταπόκρισης, υποστηρίζοντας μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει στρατηγικές με βάση την κοινότητα, την προστασία και τα πρότυπα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αν και αναπτύχθηκαν αρχικά για περιβάλλοντα έκτακτης ανάγκης, είναι εξίσου σχετικά με την καθημερινή πρακτική. Στις συνήθεις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και στις κοινωνικές υπηρεσίες, η υιοθέτηση αυτών των κατευθυντήριων γραμμών διασφαλίζει ότι οι παρεμβάσεις είναι ολοκληρωμένες, πολιτισμικά ευαίσθητες και βασίζονται στα δικαιώματα, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της υποστήριξης που παρέχεται σε μετανάστες και πρόσφυγες.

Μια κρίσιμη έννοια των κατευθυντήριων γραμμών της IASC είναι η **πυραμίδα παρεμβάσεων της IASC για την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη**, η οποία προέκυψε ως αποτέλεσμα της αυξανόμενης

αναγνώρισης της ανάγκης για μια δομημένη και ολοκληρωμένη προσέγγιση της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Πριν από την ανάπτυξή της, υπήρχε έλλειψη σαφήνειας σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των ποικίλων ψυχοκοινωνικών αναγκών των πληγέντων πληθυσμών, ιδίως σε καταστάσεις κρίσης όπου οι πόροι ήταν περιορισμένοι και εμπλέκονταν πολλές διαφορετικές οργανώσεις. Η Εικόνα 3.4.1 παρέχει μια απεικόνιση της πυραμίδας παρέμβασης της IASC. Η πυραμίδα αποτελείται από τέσσερα επίπεδα, το καθένα από τα οποία απευθύνεται σε διαφορετικά επίπεδα αναγκών:

Εικόνα 3.4.1. «Πυραμίδα παρέμβασης της IASC για την ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική υποστήριξη»



Σημείωση: Το γράφημα προέρχεται από το [IASC \(2018\). Κατευθυντήριες Οδηγίες της IASC για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη σε Καταστάσεις Έκτακτης Ανάγκης](#), σσ. 13-16

Επίπεδο	Περιγραφή	Βασικές ενέργειες
Βασικές υπηρεσίες και ασφάλεια	Επικεντρώνεται στη διασφάλιση της ασφάλειας και της κάλυψης των βασικών αναγκών (τροφή, στέγη, νερό, υγειονομική περίθαλψη), προωθώντας τη συνολική ευεξία μέσω βασικών υπηρεσιών.	Υποστήριξη βασικών υπηρεσιών, τεκμηρίωση των επιπτώσεων στην ψυχική υγεία, επιρροή στην παροχή υπηρεσιών για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, διασφάλιση ότι οι υπηρεσίες είναι συμμετοχικές και κοινωνικά κατάλληλες.
Κοινωνικές και οικογενειακές	Απευθύνεται σε άτομα που χρειάζονται βοήθεια για την πρόσβαση σε οικογενειακές και κοινωνικές παροχές, ιδίως κατά τη	Υποστήριξη στον εντοπισμό των μελών της οικογένειας, βοήθεια στο πένθος, κοινωνική θεραπεία, προαγωγή της εποικοδομητικής

Επίπεδο	Περιγραφή	Βασικές ενέργειες
μορφές υποστήριξης	διάρκεια διαταραχών όπως η μετακίνηση ή ο αποχωρισμός.	αντιμετώπισης προκλήσεων, οργάνωση κοινωνικών δικτύων (π.χ. ομάδες γυναικών, λέσχες νέων).
Εστιασμένες, μη εξειδικευμένες μορφές υποστήριξης	Παρέχει παρεμβάσεις για άτομα που χρειάζονται εστιασμένη υποστήριξη από εκπαιδευμένους αλλά μη εξειδικευμένους εργαζόμενους, όπως οι επιζώντα έμφυλης βίας.	Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης και υποστήριξη για τη διαβίωση, Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας, και βασική φροντίδα ψυχικής υγείας από τους εργαζόμενους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
Εξειδικευμένες υπηρεσίες	Παρέχεται σε ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού με σοβαρές ανάγκες ψυχικής υγείας που χρειάζονται εξειδικευμένη ψυχολογική ή ψυχιατρική υποστήριξη.	Παραπομπές σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, εκπαίδευση για τους παρόχους πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, μακροπρόθεσμη υποστήριξη σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Η θεραπευτική αντιμετώπιση των προκλήσεων ψυχικής υγείας αποτελεί συνήθως μια εξειδικευμένη υπηρεσία που βρίσκεται στο ανώτερο επίπεδο αυτής της πυραμίδας. Ωστόσο, στην καθημερινή πρακτική, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι οι ανάγκες σε άλλα επίπεδα εξυπηρετούνται. Σε αυτό το σημείο η διεπιστημονική συνεργασία καθίσταται ζωτικής σημασίας.

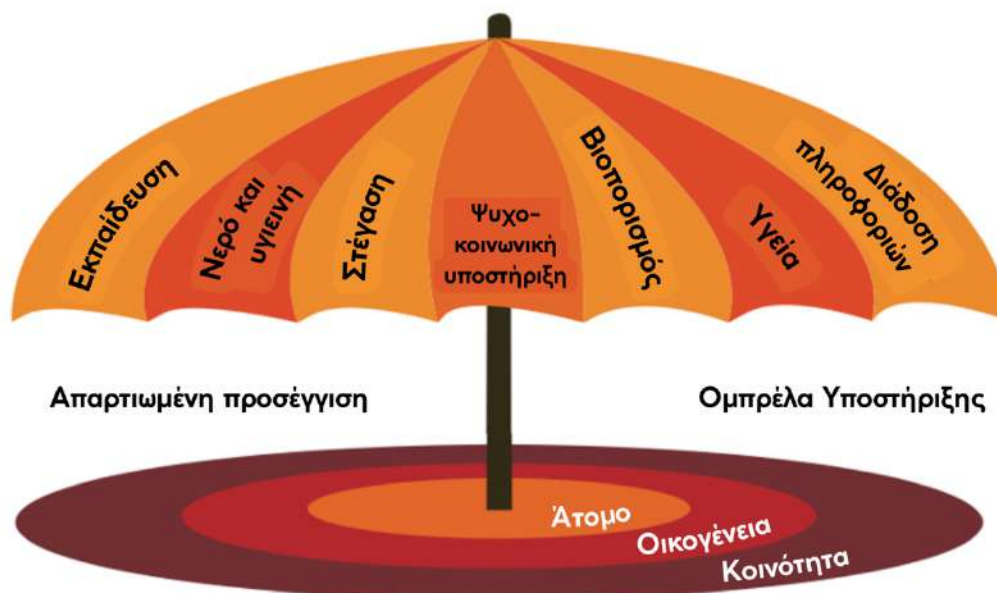
Το έργο ενός ψυχολόγου, για παράδειγμα, υπερβαίνει την παροχή θεραπείας- περιλαμβάνει τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες για την αντιμετώπιση ευρέος φάσματος αναγκών. Πριν ξεκινήσει η θεραπεία, ένας ψυχολόγος πρέπει πρώτα να διασφαλίσει ότι ικανοποιούνται οι βασικές ανάγκες επιβίωσης (όπως η τροφή, η στέγη και η υγειονομική περίθαλψη). Χωρίς αυτές, οποιαδήποτε ψυχολογική παρέμβαση θα ήταν αναποτελεσματική. Στο πλαίσιο αυτό, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν να διασφαλίσουν ότι τα άτομα έχουν πρόσβαση σε αυτές τις βασικές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρέχουν εκπαιδευτική υποστήριξη, προσφέροντας τόσο διανοητική όσο και συναισθηματική σταθερότητα σε αβέβαιους καιρούς. Καθώς τα άτομα αρχίζουν να λαμβάνουν τη φροντίδα που χρειάζονται, μπορεί να ξεκινήσει η θεραπεία, η οποία όμως διαμορφώνεται πάντα από το ευρύτερο πλαίσιο. Οι ψυχολόγοι μπορεί να ενθαρρύνουν τα άτομα να ενταχθούν σε ομάδες υποστήριξης της κοινότητας, όπου οι κοινές εμπειρίες βοηθούν στην ανοικοδόμηση των κοινωνικών δεσμών. Παράλληλα με την ατομική θεραπεία, οι ψυχολόγοι μπορούν να συνεργαστούν με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης για να διασφαλίσουν ότι οι ανησυχίες για την υγεία

αντιμετωπίζονται στο πλαίσιο των γενικών πλαισίων υγειονομικής περίθαλψης. Για πιο πολύπλοκες ανάγκες ψυχικής υγείας, οι ψυχολόγοι μπορούν να παραπέμπουν τα άτομα για ψυχιατρική υποστήριξη, εξασφαλίζοντας ένα συνεχές, υποστηρικτικό δίκτυο φροντίδας.

Αυτή η ολιστική προσέγγιση αναδεικνύει τη σημασία της απαρτίωσης των βασικών υπηρεσιών, της κοινοτικής υποστήριξης και της εξειδικευμένης φροντίδας. Κάθε στρώμα της πυραμίδας υποστηρίζει τα άλλα, συμβάλλοντας στη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης, προσαρμοσίμης απάντησης στην ψυχική υγεία και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των πληγέντων πληθυσμών.

Με βάση τα στρώματα που περιγράφονται στην Πυραμίδα παρέμβασης της IASC για την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική υποστήριξη, το μοντέλο της «ομπρέλας υποστήριξης», που απεικονίζεται στην Εικόνα 3.4.2 παρακάτω, ενισχύει αυτό το πλαίσιο παρέχοντας μια δομημένη, αλλά ευέλικτη, απάντηση στις πολύπλοκες ανάγκες των ατόμων, των οικογενειών και των κοινοτήτων.

Εικόνα 3.4.2. «Ομπρέλα υποστήριξης του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας»



Πηγή: Dr. Subhasis, American Red Cross and Indian Red Cross Society

Σημείωση: Το γράφημα προέρχεται από τον Thierry, M. (2019). [Desk study: Official development assistance to child and family-focused mental health and psychosocial support \(MHPSS\)](#), Απρίλιος-Ιούνιος 2019, p. 6

Ενώ η πυραμίδα τονίζει τη σημασία των βασικών υπηρεσιών, της κοινοτικής υποστήριξης, των εστιασμένων παρεμβάσεων και της εξειδικευμένης φροντίδας, το μοντέλο της «ομπρέλας υποστήριξης» χρησιμεύει ως βάση για την απαρτίωση αυτών των διαφορετικών τύπων απόκρισης. Διασφαλίζει ότι η ψυχοκοινωνική υποστήριξη αποτελεί το κεντρικό σημείο εισόδου, καθοδηγώντας τον εντοπισμό των αναγκών σε πολλούς τομείς και προωθώντας τις συντονισμένες προσπάθειες [10].

Δεδομένου ότι οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες εξελίσσονται συνεχώς, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι οι παρεμβάσεις παραμένουν σχετικές και ανταποκρίνονται στις μεταβαλλόμενες αυτές ανάγκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Jansen, L. (2008). Collaborative and interdisciplinary health care teams: Ready or not? *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 24(4), 218–227. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2007.06.013>
- [2] Siddiq, H., Ajrouch, K., Elhaija, A., Kayali, N., & Heilemann, M. (2023). Addressing the mental health needs of older adult refugees: Perspectives of multi-sector community key informants. *SSM. Qualitative Research in Health*, 3, 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100269>
- [3] Warren, J. L., & Warren, J. S. (2023). The case for understanding interdisciplinary relationships in health care. *Ochsner Journal*, 23(2), 94–97. <https://doi.org/10.31486/toj.22.0111>
- [4] Turin, T. C., Chowdhury, N., Haque, S., Rumana, N., Rahman, N., & Lasker, M. A. A. (2021). Involving im/migrant community members for knowledge co-creation: The greater the desired involvement, the greater the need for capacity building. *BMJ Global Health*, 6(12), e007602. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007602>
- [5] Rashki Kemmak, A., Nargesi, S., & Saniee, N. (2021). Social determinant of mental health in immigrants and refugees: A systematic review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 35, 196. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.196>
- [6] McQuilken, L., Robertson, N., Abbas, G., & Polonsky, M. (2018). Frontline health professionals' perceptions of their adaptive competences in service recovery. *Journal of Strategic Marketing*, 28, 1–25. <https://doi.org/10.1080/0965254X.2018.1511630>
- [7] Nadeau, L., & Measham, T. (2005). Immigrants and mental health services: Increasing collaboration with other service providers. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review = La Revue Canadienne de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 14(3), 73–76.
- [8] Vorensky, M., Murray, T., McGovern, A. F., Patel, Y. Y., Rao, S., & Batavia, M. (2023). Effect of integrated exercise therapy and psychosocial interventions on self-efficacy in patients with chronic low back pain: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111126. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111126>
- [9] Inter-Agency Standing Committee (2009). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. [στην ελληνική: IASC (2018). [Κατευθυντήριες Οδηγίες της IASC για την Ψυχική Υγεία και την Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη σε Καταστάσεις Έκτακτης Ανάγκης](#). Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ. Αθήνα.]
- [10] IFRC (2009). *Psychosocial Intervention: A Handbook for Training*. Blegdamsvej, 27 DK-2100 Copenhagen.
- [11] World Health Organization (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note*.

Ενότητα 3.5: Ανταπόκριση στην ειδική κατάσταση των παιδιών

Επισκόπηση ενότητας

Η ενότητα αυτή εξετάζει τις ιδιαίτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά μεταναστών και προσφύγων, συμπεριλαμβανομένων των ασυνόδευτων ανηλίκων, και προσφέρει πρακτικές στρατηγικές για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής τους ευημερίας. Υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης των διαφορετικών αναγκών ψυχικής υγείας αυτού του πληθυσμού, οι οποίες διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία και το στάδιο της μετανάστευσης. Η ενότητα τονίζει επίσης την ανάγκη για μια συντονισμένη, πολύ-υπηρεσιακή προσέγγιση για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Παρέχονται πρακτικές στρατηγικές εμπλοκής (όπως η οικοδόμηση εμπιστοσύνης, η αντιμετώπιση πρώτα των βασικών αναγκών και η προσφορά πολιτισμικά ευαίσθητης υποστήριξης), ώστε να εφοδιάζονται οι εργαζόμενοι στο πεδίο με τα απαραίτητα εργαλεία για να βοηθήσουν τα παιδιά να περιηγηθούν στις πολύπλοκες συνθήκες τους.

Υποενότητες:

1. [Εισαγωγή](#)
2. [Παιδιά σε συγκρούσεις, αντιξοότητες και εκτοπισμούς](#)
3. [Πρακτικές στρατηγικές για την εργασία με παιδιά σε κίνηση](#)

1. Εισαγωγή

Η ανάγκη αυτής της ενότητας είναι αρκετά σημαντική, καθώς οι **εκτοπισμένοι ανήλικοι** και τα **ασυνόδευτα και χωρισμένα από την οικογένειά τους παιδιά (UASC)** αποτελούν μια ειδική κατηγορία μεταναστών και προσφύγων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα παιδιά πλήττονται δυσανάλογα από τον αναγκαστικό εκτοπισμό- αποτελούν το 30% του παγκόσμιου πληθυσμού, αλλά αποτελούν το 41% όλων των βίαια εκτοπισμένων ατόμων [1]. Τα δεδομένα είναι σαφή: τα παιδιά όλων των ηλικιών επηρεάζονται από τον εκτοπισμό. Συγκεκριμένα, με βάση την τελευταία έκθεση της Ύπατης

Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, η εκτίμηση είναι ότι το 29% των εκτοπισμένων παιδιών είναι ηλικίας 0-4 ετών, το 42% είναι ηλικίας 5-11 ετών και το 29% είναι ηλικίας 12-17 ετών [1], πολλά από τα οποία είναι ασυνόδευτοι ανήλικοι, με ξεχωριστά τρωτά σημεία και ανάγκες, λόγω του αποχωρισμού και της απώλειας των οικογενειών τους [2]. Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι είναι επίσης ιδιαίτερα ευάλωτοι σε ψυχοκοινωνικές προκλήσεις, δεδομένου ότι δεν έχουν υποστήριξη από τους γονείς τους για να βοηθήσουν στην άμβλυνση των ψυχοπαιστικών παραγόντων που σχετίζονται με τη μετανάστευση [1, 2]. Τα κορίτσια είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στο πλαίσιο της ασυνόδευτης ζωής, καθώς εκτιμάται ότι το 10% είναι έγκυες ή μητέρες [1,2].

Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής η έκκληση για περισσότερη τεκμηρίωση και αναγνώριση της ψυχικής υγείας μιας ιδιαίτερα ευάλωτης ομάδας όπως είναι τα παιδιά, με γνώμονα την ευαισθησία τους. Η έκθεση σε σοβαρούς και χρόνιους ψυχοπαιστικούς παράγοντες στην παιδική ηλικία (ιδίως στην πρώιμη παιδική ηλικία, όταν τα αναπτυξιακά συστήματα είναι ακόμη ωριμάζουν) μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη ενεργοποίηση των συστημάτων απόκρισης στο στρες, η οποία μπορεί να καταστρέψει ή να αποδυναμώσει τα σωματικά συστήματα και την αρχιτεκτονική του εγκεφάλου ή να οδηγήσει σε τοξικό στρες [1,3,4]. Τα εκτοπισμένα παιδιά και οι νέοι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κλινικά σημαντικών προβλημάτων ψυχικής υγείας λόγω της έκθεσης σε παρατεταμένες και σωρευτικές δυσμενείς εμπειρίες που μπορεί να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε όλη την παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή [1,3].

2. Παιδιά σε συγκρούσεις, αντιξοότητες και εκτοπισμό

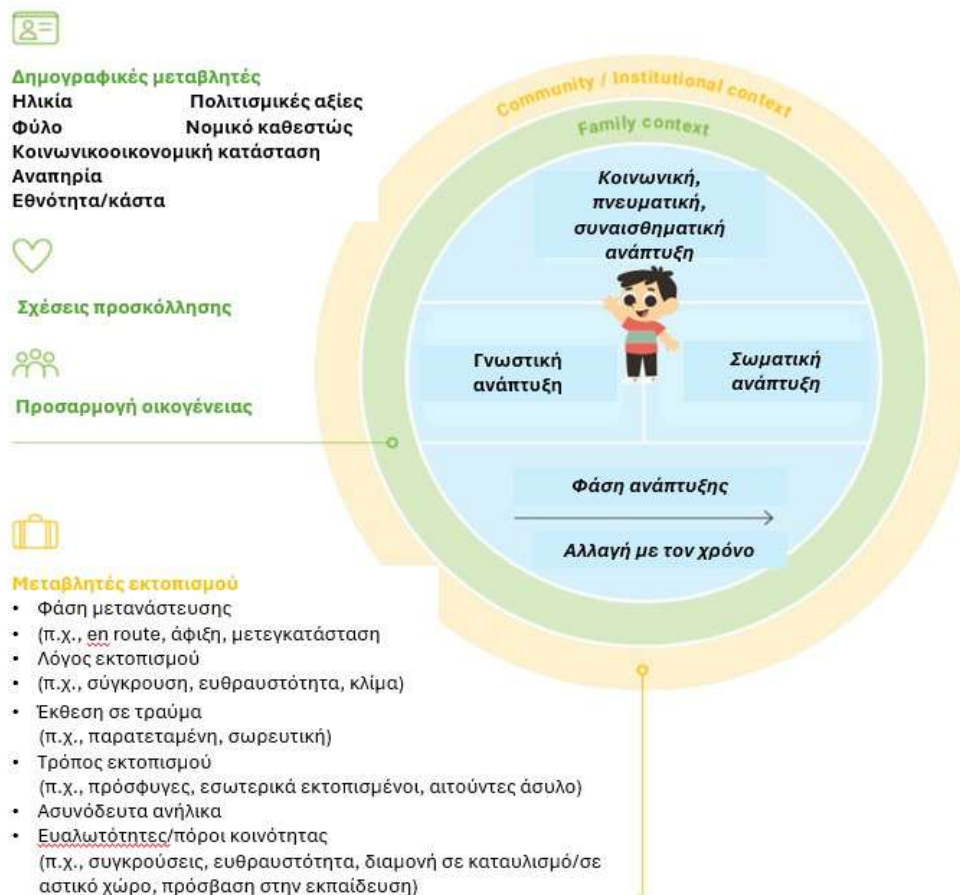
Παιδιά και νέοι σε κίνηση

Σύμφωνα με τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, ως **παιδί** ορίζεται «κάθε ανθρώπινο ον κάτω των 18 ετών, εκτός εάν σύμφωνα με το εφαρμοστέο στο παιδί δίκαιο η ενηλικίωση επέρχεται νωρίτερα» [4]. Τα παιδιά πρόσφυγες αντιπροσωπεύουν έναν ιδιαίτερα ευάλωτο πληθυσμό, που διαφέρει από άλλες ομάδες προσφύγων [7], λόγω των μοναδικών εμπειριών τους κατά τη διάρκεια ενός ιδιαίτερα ευαίσθητου αναπτυξιακού σταδίου. Η έκθεσή τους σε αντιξοότητες, απώλειες και

ανακατατάξεις κατά τη διάρκεια κρίσιμων περιόδων σωματικής, συναισθηματικής και γνωστικής ανάπτυξης μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία και τη συνολική τους ευεξία.

Οι προκλήσεις για την ψυχική υγεία που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι νέοι μετανάστες είναι πολύπλοκες και προκύπτουν από τη σύγκλιση παραγόντων που καλύπτουν τα στάδια πριν από τη μετανάστευση, κατά τη μετανάστευση και μετά τη μετανάστευση [7]. Ένα ενισχυμένο μοντέλο των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευεξία των παιδιών παρέχεται στη συνέχεια.

Εικόνα 3.5.1. «Εννοιολογικό μοντέλο της ψυχικής υγείας των εκτοπισμένων παιδιών»



Σημείωση: Γράφημα που αναπαράχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση πληροφορίες της UNICEF, 2023, [Mental Health in Displaced Child and Youth Populations: A developmental and Family Systems Lens](#) (p. 22).

Τα παιδιά είναι εγγενώς πιο ευάλωτα στις δυσμενείς επιπτώσεις της μετακίνησης, επειδή βρίσκονται ακόμη στη διαδικασία ανάπτυξης των γνωστικών και συναισθηματικών εργαλείων για την αντιμετώπιση του στρες. Επιπλέον, τα παιδιά μεταναστών και προσφύγων κινδυνεύουν να βιώσουν διαταραγμένους δεσμούς προσκόλλησης και δυσκολίες στη διαμόρφωση ταυτότητας, γεγονός που μπορεί να συμβάλει σε προκλήσεις για την ψυχική υγεία. Η έρευνα σχετικά με την ψυχική υγεία των νεαρών μεταναστών και προσφύγων υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης αυτών των προκλήσεων στο πλαίσιο κάθε μεταναστευτικής φάσης, λαμβάνοντας υπόψη τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες που μπορεί να ανακύψουν σε κάθε στάδιο [8]. Οι Ενότητες 1.2 και 1.3 στο Μάθημα 1 ασχολήθηκαν με τους παράγοντες κινδύνου που αντιμετωπίζουν οι ενήλικες μετανάστες και πρόσφυγες.

Ασυνόδευτοι ανήλικοι

Μια ειδική και ευάλωτη ομάδα εκτοπισμένων παιδιών είναι οι ασυνόδευτοι ανήλικοι. Η ομάδα αυτή, όχι μόνο είναι εκτεθειμένη στις ίδιες αντιξοότητες με τα άλλα εκτοπισμένα παιδιά, αλλά πρέπει επίσης να τα βγάλει πέρα χωρίς την υποστήριξη κάποιου φροντιστή, καθώς δεν έχουν την οικογένειά τους. Επιπλέον, πολλοί ανήλικοι αντιμετωπίζουν θλίψη και απώλεια λόγω του αποχωρισμού ή του θανάτου των γονέων τους [1,2]. Η έλλειψη αυτής της κρίσιμης προστατευτικής πηγής αυξάνει τον κίνδυνο να εκτεθούν σε πρόσθετες δυσμενείς εμπειρίες, κακοποίηση και εκμετάλλευση. Οι περισσότεροι ασυνόδευτοι ανήλικοι είναι έφηβοι άνδρες ηλικίας 14 έως 17 ετών, αν και το ποσοστό των νεότερων και ασυνόδευτων ανήλικων κοριτσιών αυξάνεται [2].

Στάδια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας

Επιπλέον, ο αντίκτυπος του εκτοπισμού είναι διαφορετικός στα διάφορα στάδια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Ο Πίνακας που ακολουθεί εξηγεί τις διαφορετικές ανάγκες και αντιδράσεις στο στρες σε κάθε ηλικιακό διάστημα.

Ηλικιακό φάσμα	Ειδικές ανάγκες	Αντίδραση στο στρες

0-5 ετών	- Φροντίδα - Προστασία - Ανταπόκριση στις άμεσες σωματικές και συναισθηματικές ανάγκες	- Αίσθημα υπερφόρτωσης, αποστασιοποίησης ή παθητικότητας - Υψηλά επίπεδα στρες - Χαμηλή αυτοπεποίθηση, έλλειψη αυτενέργειας - Δυσκολία στην επίτευξη σχέσεων εμπιστοσύνης και δυσκολία στη δέσμευση
5-12 ετών	- Εκπαίδευση - Διαπραγμάτευση σχέσεων και φιλίας μεταξύ συνομηλίκων - Ανάπτυξη ικανοτήτων σε πρακτικές δεξιότητες, διατηρώντας παράλληλα μια ασφαλή βάση μέσα στην οικογένεια	- Υπερβολική αίσθηση ευθύνης - Συνεχής αίσθηση αποτυχίας λόγω της αναπτυξιακής τους ανεπάρκειας για αυτό που τους ζητείται
12-18 ετών	Αναπτυξιακά καθήκοντα που περιλαμβάνουν: - απόκτηση προσωπικής ανεξαρτησίας - επαγγελματικές δεξιότητες - αίσθηση του ρόλου και της ευθύνης εκτός του οικογενειακού κύκλου	- Βαθιά αίσθηση εγκατάλειψης και μοναξιάς - Αίσθημα κοινωνικής αποσύνδεσης που συνοδεύεται από αίσθημα διάκρισης → επακόλουθη απογοήτευση

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου και τους προστατευτικούς παράγοντες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά μεταναστών και προσφύγων παρέχονται στο  **Αποθετήριο** (βλ. 3.5 – «Χρήσιμες Πηγές»).

Στην ηλικία 0-5 ετών, ο εκτοπισμός επηρεάζει κυρίως τη σωματική ανάπτυξη και την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Μπορεί επίσης να επηρεάσει τη συναισθηματική ανάπτυξη [10]. Στη μέση παιδική ηλικία (5-12 ετών), επηρεάζει την ανάπτυξη της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας, σε σχέση με τους γονείς, τους συνομηλίκους και άλλους ενήλικες. Το παιδί μαθαίνει κώδικες συμπεριφοράς, αρχίζει να αφομοιώνει πολιτισμικές αξίες και τελετουργίες, συμπεριλαμβανομένων των θρησκευτικών πρακτικών, και αναπτύσσει κατανόηση των ηθικών πλαισίων [10]. Για τους εφήβους, οι νευροαναπτυξιακές διεργασίες στηρίζουν αυτές τις αλλαγές συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένης της

διαμόρφωσης και ωρίμανσης των νευρωνικών κυκλωμάτων για την κοινωνική νόηση και την αυτορρύθμιση [10]. Τέλος, αναφέρεται ότι υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας στα μεγαλύτερα παιδιά σε σύγκριση με τα μικρότερα, όπως υψηλότερα ποσοστά τραυμάτων και προκλήσεων στον συναισθηματικό αυτοέλεγχο (π.χ. συναισθηματική δυσλειτουργία), PTSD, κατάθλιψη και άγχος [1,8].

3. Πρακτικές στρατηγικές για την εργασία με παιδιά που μετακινούνται

Για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών υποστήριξης των παιδιών μεταναστών και προσφύγων, είναι ζωτικής σημασίας η ανάπτυξη της ικανότητας των βασικών εμπλεκομένων («σημαντικών άλλων»), συμπεριλαμβανομένων των γονέων, των κηδεμόνων, των εκπαιδευτικών και άλλων φροντιστών, να παρέχουν φροντίδα της ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Αυτό απαιτεί να τους εφοδιάσουμε με γνώσεις και εργαλεία που θα τους επιτρέψουν να κατανοήσουν τις πολύπλοκες ανάγκες των παιδιών και να δημιουργήσουν περιβάλλοντα που προαγάγουν την ανάρρωση και την ανθεκτικότητα. Συγκεκριμένα, είναι σημαντικό οι φροντιστές να κατανοήσουν:

1. Πώς η εξασφάλιση πρόσβασης σε ασφαλή και περιπονητικά περιβάλλοντα θα έχει θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και την ψυχοκοινωνική ευημερία των παιδιών και των εφήβων.
2. Πώς η δική τους ψυχική υγεία και ευεξία επηρεάζει την ψυχική υγεία και ευεξία του παιδιού που φροντίζουν.
3. Ποια είναι η άμεση σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των παιδιών και των εφήβων και της ποιότητας των σχέσεών τους [1,9].

Οι ερωτήσεις που περιγράφονται στην επόμενη σελίδα παρέχουν ένα χρήσιμο πλαίσιο για την εμπλοκή και τη διερεύνηση κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τα παιδιά και τους νέους [10]. Να έχετε κατά νου πόσο σημαντική είναι η δημιουργία και ενίσχυση μιας ανοιχτής, μη επικριτικής ατμόσφαιρας δείχνοντας περιέργεια για τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και η υποβολή ερωτήσεων ανοιχτού τύπου για τη διαπίστωση του πώς αυτές μπορεί να επηρεάζουν τις εμπειρίες του παιδιού. Επιτρέπετε στα παιδιά

και τους νέους κάποια εξουσία στη διαδικασία, σεβόμενοι τα όριά τους, δίνοντάς τους τον έλεγχο σχετικά με το τι θα μοιραστούν και πότε θα το μοιραστούν.

Ερώτηση	Επεξήγηση
Θέλεις να μιλήσουμε ή να παίξουμε ή να ζωγραφίσουμε; Δεν χρειάζεται να μιλήσεις αν δεν θέλεις.	Μερικές φορές τα παιδιά και οι νέοι προτιμούν να παίζουν, να ζωγραφίζουν ή ακόμη και να ακούνε για αρχή.
Σε τι θα θέλατε να σας βοηθήσουν;	Σ' ένα παιδί μπορεί να λείπουν πράγματα όπως ένα τηλέφωνο, ένα ποδήλατο, ένα παιχνίδι ή ένα κατοικίδιο και να θέλει να μιλήσει πρώτα γι' αυτά. Μερικές φορές μια προσέγγιση που εστιάζει στη λύση μπορεί να οδηγήσει σε σχετικά γρήγορα αποτελέσματα και μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης και δέσμευσης. Η συζήτηση σημαντικών καθημερινών καταστάσεων που επιφέρουν αναστάτωση, όπως η μοναξιά ή η ντροπαλότητα, μπορεί να οδηγήσει σταδιακά σε άλλα σημαντικά θέματα, όπως η ντροπή και η ενοχή. Οπτικά βοηθήματα μπορεί να βοηθήσουν, όπως η σχεδίαση ενός χάρτη με τους τομείς που χρειάζονται αντιμετώπιση.
Τι πρέπει να γνωρίζουμε για να σας καταλάβουμε;	Κάντε ερωτήσεις με ενδιαφέρον, χωρίς να κρίνετε το ιστορικό τους, π.χ. για το πού μεγάλωσαν ή για τα παιχνίδια που έπαιζαν. Ποιες είναι οι ελπίδες και τα όνειρά τους; Αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να νιώσει ότι κάποιος θέλει πραγματικά να μάθει ποιοι είναι.
Πώς είναι η ζωή εδώ; Τι είναι καλύτερο; Τι λείπει;	Τα παιδιά, ιδίως οι ασυνόδευτοι ανήλικοι, συχνά επιθυμούν πρωτίστως να συνεχίσουν τη ζωή τους στη χώρα υποδοχής και μια συζήτηση για τη ζωή τους σε αυτόν τον τόπο μπορεί να τα εμπλέξει αρχικά. Μπορεί επίσης να τους επιτρέψει να εκφράσουν την απογοήτευσή τους και συναισθήματα όπως η νοσταλγία για το σπίτι και η έλλειψη αγαπημένων προσώπων.
Ποιος αποφάσισε ότι έπρεπε να φύγετε και γιατί;	Έτσι αρχίζει μια συζήτηση για το τι τους συνέβη.

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

Κατά την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης εκτίμησης παιδιού ή νεαρού ατόμου, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία του.

- Εξετάστε το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, τόσο από την άποψη της τρέχουσας συναισθηματικής και ψυχολογικής του κατάστασης όσο και από τον τρόπο με τον οποίο τα συμβάντα του παρελθόντος μπορεί να έχουν διαμορφώσει την ανάπτυξή του.
- Δώστε ιδιαίτερη προσοχή στη διατάραξη των πρώιμων δεσμών, καθώς τα δυσμενή συμβάντα που οδήγησαν στη μετανάστευση μπορεί να προκάλεσαν αποχωρισμούς από τους κύριους φροντιστές ή να διατάραξαν εγκατεστημένους δεσμούς.

- Αναγνωρίστε την αλλαγή των οικογενειακών ρόλων κατά τη μετανάστευση, η οποία μπορεί να επιβαρύνει επιπλέον τα παιδιά χωρίς αυτά να αναγνωρίζουν τις νέες αυτές ευθύνες, επηρεάζοντας ενδεχομένως τη συναισθηματική και ψυχολογική τους υγεία.
- Προβείτε σε εκτίμησης της εμπειρίας του παιδιού στο σχολείο, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής και ακαδημαϊκής του αντιμετώπισης, καθώς και το κατά πόσον οι επιδόσεις του έχουν αλλάξει σε σχέση με την περίοδο πριν από τη μετανάστευση.
- Αποκτήστε πληροφορίες από τρίτους, από μέλη της οικογένειας, εκπαιδευτικούς ή κοινωνικές υπηρεσίες για να κατανοήσετε καλύτερα την εμπειρία του παιδιού.

Η εργασία με παιδιά και νέους μετανάστες και πρόσφυγες απαιτεί μια συντονισμένη προσέγγιση που περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ ενός ευρέος φάσματος φορέων και οργανώσεων (βλ. επίσης Ενότητα 3.4). Αυτό περιλαμβάνει σχολεία, κοινοτικές ομάδες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τοπικές αρχές και οργανώσεις του τρίτου τομέα [1,8,9]. Τα παιδιά και οι νέοι σε αυτές τις καταστάσεις έχουν σύνθετες, πολύπλευρες ανάγκες, καθώς αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα την απώλεια, τις αντιξοότητες και τις νέες εμπειρίες. Συχνά έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πριν την άφιξή τους σε μια νέα χώρα, οπότε οι εργαζόμενοι στο πεδίο μπορεί να χρειαστεί να αναλάβουν ρόλους συνηγόρου, βοηθώντας σε βασικές ανάγκες όπως η στέγαση, η σχολική εκπαίδευση και συνδέοντάς τα με τα κατάλληλα συστήματα υποστήριξης. Η δημιουργία ενός ισχυρού δικτύου είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή ολιστικής φροντίδας και τη διασφάλιση ότι η ψυχοκοινωνική ευεξία του παιδιού υποστηρίζεται μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο.

Η ενασχόληση με τα παιδιά μεταναστών και προσφύγων μπορεί να αποτελέσει πρόκληση, καθώς πολλά από αυτά μπορεί να αντιμετωπίζουν τους ενήλικες με καχυποψία λόγω προηγούμενων εμπειριών, πολιτισμικών διαφορών ή ανησυχιών αναφορικά με τη σχέση του εργαζόμενου στο πεδίο με τις μεταναστευτικές αρχές. Για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, είναι σημαντικό να διαμορφώνεται ο ρόλος του εργαζόμενου με όρους που έχουν απήχηση στο πολιτισμικό υπόβαθρο του παιδιού. Για παράδειγμα, η ερώτηση σε ποιον θα μιλούσε στην πατρίδα του όταν ήταν μπερδεμένο ή αναστατωμένο μπορεί να βοηθήσει το παιδί να κατανοήσει τον ρόλο σας.

Επιπλέον, η υποστήριξη από ομότιμους είναι κρίσιμη, καθώς οι ομότιμοι συχνά γεφυρώνουν το χάσμα μεταξύ της παλιάς και της νέας κουλτούρας, διευκολύνοντας την αποδοχή της υποστήριξης της ψυχικής υγείας. Η εμπλοκή των παιδιών σε λιγότερο επίσημα πλαίσια, όπως μέσω αθλητικών ή ομαδικών δραστηριοτήτων, μπορεί επίσης να τα κάνει να νιώσουν πιο άνετα με άλλες παρεμβάσεις. Για τους ασυνόδευτους νεαρούς μετανάστες που μεταβαίνουν στην ενηλικίωση, οι οποίοι μπορεί να κινδυνεύουν να χάσουν την απαιτούμενη επαγγελματική υποστήριξη όταν φτάσουν στην ηλικία των 18 ετών, οι ομάδες υποστήριξης από ομότιμους μπορούν να προσφέρουν ένα πολύτιμο δίκτυο που παραμένει διαθέσιμο και μετά την ηλικία αυτή [1,2]. Ιδανικά, αυτοί οι νέοι θα έχουν πρόσβαση σε μια διεπιστημονική ομάδα για τη διαχείριση της περίπτωσης τους, εξασφαλίζοντας συνεχή υποστήριξη κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσιμης μετάβασης [2,9].

Πριν τη διεξαγωγή παρεμβάσεων ψυχικής υγείας, είναι σημαντικό να φροντίσετε τα βασικά, όπως η διασφάλιση της ασφάλειας και της κοινωνικής σύνδεσης του παιδιού. Για τους ασυνόδευτους ανηλίκους, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη σύνδεση με τις κοινωνικές υπηρεσίες για την πρόληψη της εκμετάλλευσης ή της συμμετοχής σε συμμορίες. Η δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και η παροχή βοήθειας στα παιδιά για τη δημιουργία κοινωνικών δικτύων αποτελούν προτεραιότητες στα πρώτα στάδια της συμμετοχής. Τα παιδιά που βρίσκονται σε προσωρινά καταλύματα μπορεί να επωφεληθούν από τη σύνδεση με τοπικές ομάδες υποστήριξης και οι οικογένειες μπορεί να χρειαστούν βοήθεια για την αποκατάσταση των οικογενειακών ρόλων. Τα σχολεία μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό πόρο, αλλά μπορεί επίσης να παρουσιάσουν προκλήσεις όπως ο εκφοβισμός ή η πίεση για ακαδημαϊκές επιδόσεις, γι' αυτό είναι σημαντικό να συνεργαστείτε με τα σχολεία για να διασφαλίσετε ότι κατανοούν τις ειδικές ανάγκες των παιδιών μεταναστών και προσφύγων.

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα πρέπει να προσαρμόζονται στις μοναδικές εμπειρίες κάθε παιδιού, μέσω της υιοθέτησης μιας σταδιακής και αναπτυξιακά κατάλληλης προσέγγισης. Για ορισμένα παιδιά, ιδίως για εκείνα που έχουν αντιμετωπίσει ακραίες αντιξοότητες, μπορεί να απαιτούνται πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Ωστόσο, είναι σημαντικό οι παρεμβάσεις αυτές να εισάγονται μόνο όταν το παιδί είναι αρκετά σταθερό για να συμμετάσχει. Στα αρχικά στάδια, απλούστερες παρεμβάσεις, όπως η κανονικοποίηση των παρεισφρητικών σκέψεων ή η χρήση τεχνικών χαλάρωσης, μπορούν να

βοηθήσουν στην ανακούφιση από το άγχος. Οι δημιουργικές θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων των θεραπειών που βασίζονται στην τέχνη, τη μουσική ή το παιχνίδι, είναι συχνά αποτελεσματικές για τα παιδιά που δυσκολεύονται να εκφράσουν τις εμπειρίες τους.

Η μετάβαση των εκτοπισμένων παιδιών, ιδίως των ασυνόδευτων ανηλίκων, στην ενηλικίωση είναι:

- χρονοβόρα,
- μια διεπιστημονική διαδικασία που απαιτεί χωρίς προσκόμματα επικοινωνία εντός και μεταξύ των ιδρυμάτων,
- εξαρτημένη από τη διαφάνεια και τη διαβούλευση με τους νέους για την αποτελεσματική προετοιμασία και υποστήριξή τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου σημαντικών αλλαγών.

Πρέπει να ληφθούν υπόψη διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία της πορείας προς την αυτονομία, ώστε να παρέχεται σε κάθε νέο η κατάλληλη και αναγκαία υποστήριξη [1,2,8,9]

Ο πίνακας που ακολουθεί συνοψίζει ορισμένες προσεγγίσεις για την υποστήριξη των ασυνόδευτων νέων, οι οποίες μπορούν επίσης να ωφελήσουν τα παιδιά σε άλλες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βρίσκονται σε οικογενειακά πλαίσια [10].

Ενίσχυση του δικτύου	Οι νέοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην κοινωνική ένταξη και τη μοναξιά, αλλά και ιδιαίτερα δεκτικοί στις συμβουλές και την επιρροή των συνομηλίκων. Είναι σημαντικό να προωθηθούν οι σχέσεις με συνομηλίκους που βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση, αλλά και που βρίσκονται περισσότερο καιρό στη χώρα και μπορούν να λειτουργήσουν ως «γεφυροποιοί». Εξετάστε επίσης το ενδεχόμενο ενίσχυσης των συνδέσεων με μέλη της οικογένειας στην πατρίδα ή αλλού, καθώς και πολιτιστικές δραστηριότητες που σχετίζονται τόσο με τον δικό τους πολιτισμό όσο και με τον πολιτισμό της χώρας όπου βρίσκονται.
Σχετιστείτε πρώτα με τις ελπίδες και τα όνειρα	Οι ασυνόδευτοι νέοι συχνά έχουν ξεκινήσει (ή έχουν σταλεί) με μεγάλες ελπίδες για το μέλλον και θέλουν να συνεχίσουν να προχωρούν μπροστά. Έχει προταθεί, η αναφορά στο μέλλον πρώτα και στη συνέχεια η αντιμετώπιση των σημερινών προκλήσεων πριν από την αντιμετώπιση του παρελθόντος μπορεί να ευθυγραμμίσει τον θεραπευτή με την αντιληπτή πορεία του νέου και να υποστηρίξει τη δέσμευση.
Διαχείριση της δυσφορίας	Η αυτοδιαχείριση της υπερδιέγερσης είναι πιθανόν να είναι απαραίτητη προκειμένου να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν νέες κοινωνικές σχέσεις και να ανοίξουν ευκαιρίες για νέα μάθηση. Στα ομαδικά προγράμματα, τα παιχνίδια δεν μπορούν μόνο να προάγουν την ανάλαφρη σύνδεση αλλά και να διευκολύνουν την ανακάλυψη σχετικά με δραστηριότητες που συμβάλλουν στη μείωση του στρες. Για παράδειγμα, οι συμμετέχοντες μπορούν να ερωτηθούν μετά το παιχνίδι τι πιστεύουν ότι τους βοήθησε να νιώσουν καλύτερα (π.χ. «να κάνουν κάτι μαζί», να είναι ενεργοί, να αποσπάσουν την προσοχή τους) και να αξιοποιήσουν τον καταγισμό ιδεών για το πώς αυτό θα μπορούσε να γίνει και εκτός της συνεδρίας.

Σπάστε τη σιωπή	Η διευκόλυνση κάποιας ανταλλαγής εμπειριών μεταξύ των συνομηλίκων έχει επίσης επισημανθεί ότι προάγει την ανάρρωση. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τους νέους να νιώσουν ότι επικυρώνονται και ότι οι αντιδράσεις τους είναι φυσιολογικές, καθώς και να αντλήσουν κάποιο νόημα από τις διαδρομές τους.
Υποστήριξη της αυτενέργειας και της ανεξαρτησίας	Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των αναγκών για ανεξαρτησία και αυτενέργεια παράλληλα με τις ανάγκες τους για υποστήριξη συνδέεται με τις αναπτυξιακές τους ανάγκες σε αυτό το στάδιο. Είναι επίσης απαραίτητο για την προετοιμασία για την απόσυρση των υπηρεσιών όταν φτάσουν τα 18 έτη.

Σημείωση: Προσαρμοσμένο από Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] UNICEF (2023). *Mental health in displaced child and youth populations: A developmental and family systems lens*.
- [2] Council of Europe (2023). *Toolkit on the transition of unaccompanied migrant children to adulthood*.
- [3] Franco, D. (2018). Trauma without borders: The necessity for school-based interventions in treating unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(6), 551–565. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0552->
- [4] UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>
- [5] Bamford, J., Fletcher, M., & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied refugee minors: A rapid review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8>
- [6] Lara, C., & Volante, L. (2019). The education and integration of immigrant children in Ontario: A content analysis of policy documents guiding schools' response to the needs of immigrant students. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1238333.pdf>
- [7] Von Werthern, M., Grigorakis, G., & Vizard, E. (2019). The mental health and wellbeing of unaccompanied refugee minors (URMs). *Child Abuse & Neglect*, 98, 104146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104146>
- [8] Spaas, C., Said-Metwaly, S., Skovdal, M., Primdahl, N. L., Jervelund, S. S., Hilden, P. K., Andersen, A. J., Opaas, M., Soye, E., Watters, C., Verelst, A., Derluyn, I., Colpin, H., & Haene, L. D. (2023). School-based psychosocial interventions' effectiveness in strengthening refugee and migrant adolescents' mental health, resilience, and social relations: A four-country cluster randomized study. *Psychosocial Intervention*, 32(3), 177–189. <https://doi.org/10.5093/pi2023a12>
- [9] UNICEF (2021). *Global multisectoral operational framework*.
- [10] Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking asylum and mental health: A practical guide for professionals*. Cambridge University Press.



Co-funded by
the European Union



Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ωστόσο, οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται είναι αποκλειστικά του/των συγγραφέα/-έων και δεν αντανakλούν κατ' ανάγκη τις απόψεις και τις γνώμες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του Ευρωπαϊκού Εκτελεστικού Οργανισμού Εκπαίδευσης και Πολιτισμού (ΕΑΕΑ). Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση ούτε ο ΕΑΕΑ μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι γι' αυτές.

Αυτό το έργο διατίθεται με άδεια χρήσης

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Διεθνής Άδεια](#) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 3. Improving Skills in Managing Migrants' Mental Health Needs

The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 3.2 Cultural Awareness

Handout 1: “Cultural Competence – Case Studies and Best Practices”

Is Poverty Making Me Sick? An Example of the Impact of Medical-Legal Partnership on Keeping Children Healthy

Introduction

Physicians who serve vulnerable patient populations often struggle to identify and address risks related to the social determinants of health (SDH). These often complex structural issues and institutional barriers affect patients' health and include risks related to substandard housing and lack of access to basic supports like health insurance and food assistance. Many of these barriers to health have significant legal underpinnings – e.g., enforcement of housing safety ordinances and erroneous delays and denials of eligibility for Medicaid and programs like the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP). Still, it can be overwhelming and discouraging for physicians as they try to tackle such complex nonclinical issues on their own. Physicians need partners, both inside the clinic and in the community, to effectively address the needs of their patients. The following case study explores the value of the medical-legal partnership (MLP) approach in addressing risks related to the SDH. MLPs embed legal professionals and law students alongside healthcare professionals to address social and structural barriers to patient and population health through training and education, consultation, referral, and collaborative upstream problem-solving [1].

Below, we introduce a clinical case in order to illustrate the ways that MLPs can provide an evidence-based approach to identifying and managing health-relevant social and environmental risks. The case is one that is not uncommon in pediatrics; although similar issues could come up in other practice areas, including family medicine and obstetrics. Specifically, through the case below, we illustrate the value of a systematic approach to SDH screening, referral of appropriate cases to an MLP's legal advocates, and ongoing analysis of population-level patterns that emerge from individual patient cases reviewed by MLPs. We highlight how such strategies

ultimately empower clinicians to affect structural changes in ways that can improve the health of their individual patients and their patient panels more broadly.

Section 1: A Common Medical Case

It is a hot day in early summer. You cannot believe it is more than 90° in May. You are thankful for air conditioning, to say the least! You are a 2nd year pediatric resident with a busy schedule, and your first patient just arrived. You look down at your docket for the day only to see the appointment is a “twofer,” a brother and sister coming to see you together. The brother is a 7-year-old boy named Chris. He is being seen for a follow-up visit as he was discharged from the hospital 2 days ago. His sister, Brianna, is being seen for a weight check; she is 2 months old with a chief complaint of “poor weight gain.” You try to spend your last minute before knocking on their door preparing yourself for the visit. How will you assess their medical risks? Are there other concerns or triggers likely to be raised? How will you respond? Will this be a quick in-and-out visit, or are you poised to start your day behind? Finally ready, you knock on the door.

You start with Chris. Between your review of the electronic health record and your discussion with him and his mother, Ms. Williams, you uncover the following. Just days ago, Chris was hospitalized for roughly 48 h due to an acute asthma exacerbation. He is a known asthmatic, and this is his third lifetime admission; his second was in the last 6 months. He has also visited the emergency department multiple times for asthma in the last year. During his recent inpatient stay, he was placed on the evidence-based protocol for asthma management and left the hospital feeling better than when he was admitted. He is on two daily controller medications, and Chris and Ms. Williams report that he takes them both “most of the time.” On your physical examination, Chris seems to be breathing comfortably. He is not actively wheezing. You are pleased that he seems to have improved from his acute asthma attack.

You move on to his younger sister, Brianna. Prior to entering the room, you had noticed some concerning aspects of her growth curve. She has not been growing at the velocity that you would have liked to have seen. This is also not a new complaint or concern – Brianna was recently seen by a colleague of yours who had been tracking her weight closely. The dietician saw her at the last visit as well. Ms. Williams says that Brianna continues to exclusively breastfeed and does not have any emesis. Ms. Williams is fairly certain she has adequate milk supply; the child latches well and is feeding every 3 h, even at night. Brianna has had the requisite number of wet and dirty diapers. Her physical examination is normal and does not point to any specific organic causes of her poor weight gain.

You leave the room to discuss both of these children with your preceptor. To summarize, you have a 7-year-old boy who has gotten over the worst of an acute asthma exacerbation and a 2-month-old girl who, you are worried, is failing to thrive. For Chris, you are tempted to ensure that he has adequate supply of his acute and chronic asthma medications and plan to see him back in 2–3 months. For Brianna, you are contemplating asking Ms. Williams to fill out a detailed feeding diary to more effectively identify how much Brianna is truly eating.

You are then considering a follow-up visit with both in 1 month. Are these plans adequate? Would other, as yet unasked, questions lead you down different paths, ones that could more effectively identify and address common root causes? Can we look at these same cases using a different lens?

Section 2: Shifting Perspective

We frequently fall into heuristics that prompt us to see clinical cases narrowly. As physicians, we may become accustomed to treating certain ailments in certain ways such that we may miss clues that would appropriately take us off that standard path. For example, asthma is generally treated using evidence-based protocols. These protocols help us to effectively manage acute exacerbations or attacks. They may not, however, provide us with the tools to identify triggers of that attack. Such protocols can at times create blinders, streamlining, and/or oversimplifying our approach to problems or issues that may be inherently complex [2]. How can we break free from a mindset that might be limiting our ability to see the forest for the trees (without, of course, ignoring the trees themselves)?

Health inequities in childhood are widespread and are often exacerbated by risks related to the SDH. For example, much is now known about the higher incidence and severity of asthma among children who live in substandard housing [3,4,5]. Although children living in low-income households are somewhat more likely to be diagnosed with asthma, they are far more likely to suffer the worst outcomes due in large part to adverse environmental exposures [2, 5,6,7] – they are far more likely to experience the attacks endured by our previously referenced 7-year-old patient, Chris. Indeed, exposures to water damage, mold and mildew, pests like cockroaches and rodents, tobacco smoke, and pollutants are all known to make asthma worse [8,9,10,11]. As another example, we know that hunger and food insecurity are exceedingly common in this country. Roughly one in four children lives in food-insecure households, where a food-secure household is defined by the US Department of Agriculture (USDA) as “access by all people at all times to enough food for an active, healthy life” [12, 13]. The rate of food insecurity is likely to be even higher within at-risk, under-resourced populations served by many academic primary care centers [14, 15]. As such, identifying these types of triggers and risks, such as adverse housing and food insecurity, as part of routine screening is gaining favor as a key component of preventive, outpatient care and is also starting to be implemented in some inpatient settings [16,17,18].

Of course, identifying risks is one thing, but overcoming those risks is the ultimate goal. However, physicians and those working within clinical settings may not have the requisite expertise to act appropriately. Community partners, organizations, and agencies with needed, complementary expertise may be critical adjuvants to the services clinicians and medical professionals can provide.

An MLP is an interdisciplinary collaboration between a medical entity such as a clinic or hospital and a legal entity such as an attorney, legal aid office, or law school. MLP partners approach improving health for their target population by addressing risks related to the SDH. By helping medical partners to identify and address legal barriers that may cause or exacerbate health problems, legal professionals can be key members of the

healthcare team [19, 20]. Since addressing these legal barriers, which are frequently synonymous with risks related to the SDH, often requires a multidisciplinary team approach, MLP is an important component of medical education in structural competence. Training medical students and residents in the MLP approach is an opportunity to impart to the next generation of physicians the knowledge, skills, and attitudes to recognize and address barriers to health on the patient, clinic/institution, and population levels [21, 22].

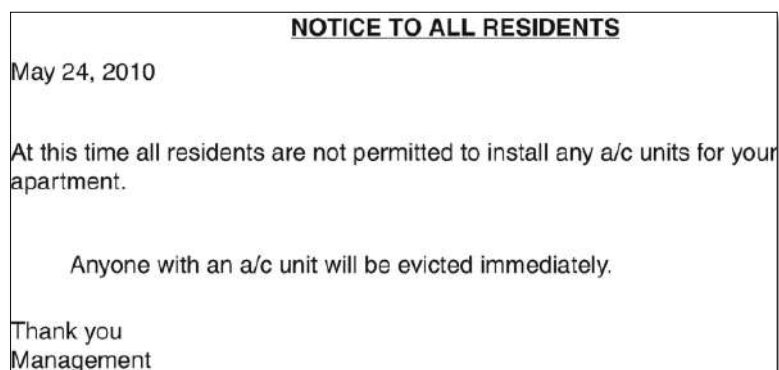
To illustrate this point, let us return to our case, this time, imagining that there was a legal advocate just down the hall for the resident to consult, and she offered to join the resident in their visit.

Section 3: Revisiting This Common Medical Case with Added Perspective

After you, the pediatric resident, left the room the last time, you realized you needed help. Yes, Chris' asthma symptoms were better, but you were really worried that he was at high risk of being rehospitalized in the future. Yes, Brianna's failing to thrive did not appear to have an organic cause, but you just could not understand why she was not growing. As you discussed these concerns with your preceptor, she suggested you go back to the room to obtain more history. She recommended posing questions to the family about their in-home exposures, their experience with their public benefits, and their ability to keep food on the table. She handed you a form with validated social history questions relevant to these and other SDH. She also showed you where, within the electronic health record, these same questions were referenced and could be documented [16, 17, 23, 24]. Armed with this guidance, you return to the patients' room.

Once again, you start with Chris. You ask him and his mother if they have thoughts about what might have triggered his asthma attack. Although Ms. Williams is unsure, she says Chris seems to be really sensitive to temperature swings. He has not been doing so well with the recent heat wave that has been hitting the city, especially considering that those occupying apartment units at her building have been told that they are not allowed to have window air conditioning units. She pulls out a paper she has in her purse, one that had been posted on her front door just days before (see Figure 3.2.1-R).

Figure 3.2.1-R



She also mentions that her apartment unit “is riddled with cockroaches, the ceiling is falling in, and [her] landlord isn’t responsive to [her] concerns.” She takes out her phone and shows you some pictures (Figure 3.2.2-R).

Figure 3.2.2-R



You are horrified and do not know quite what to say. You thank her for her honesty and express your uncertainty at how to respond. You tell the mother that you would like to discuss this new information with your preceptor. First, however, you had a few more questions about Brianna. You ask Ms. Williams about whether she is currently receiving public benefits for herself, the family, or the infant. The mother notes that she has the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) [25] and has applied for SNAP (i.e., food stamps) [26], but she has not yet received her SNAP benefits and cannot determine the status of her application. You feel similarly confused, at a loss for how to continue. You excuse yourself from the room and return to your preceptor.

You tell your preceptor this new information, about how you think that, perhaps, the problems experienced by both Chris and Brianna may have their origins in these newly uncovered factors. Listening intently, your preceptor recommends that you speak with the legal advocate down the hall, who is a member of your clinic’s MLP. This advocate has expertise in the legal rights of people with low income. You knock on their door curious about how they will add to your assessment and about whether they will be able to devise care plans that add value to your own. With the legal advocate, you review both of the cases and contemplate additional questions you might pose to the family, questions that may direct the legal care plan in more specific ways. You then go back to the room, explain to Ms. Williams that there are legal professionals right there in the clinic with expertise in some of the problems she is facing, and ask her if it would be okay to bring the advocate in to meet her. After she says yes, you return once again to the room, this time with the advocate by your side.

After introducing your partner from the MLP, the legal advocate jumps in with a clear awareness of some potentially important questions that build upon your assessment. She asks the mother, “What is your address? Who is the landlord? Has the local health or building department inspected your apartment for code violations?” Ms. Williams was initially surprised to learn she might get housing help at her children’s doctor visit, but she is glad to speak with anyone who may be able to assist. She states that they live in a multiunit apartment building in a neighborhood just blocks from the hospital, one characterized by high rates of poverty and crime. No one has inspected their apartment for code violations. The legal advocate knows the area well and knows the landlord by reputation. You think to yourself that you would have never asked these questions, questions that already have led you down a far different path than where you were mere moments before.

With this new perspective, you are now curious about how the legal advocate will approach Brianna. She asks some quick follow-up questions relevant to the infant’s case, focusing first on the family’s benefits: “When did you apply? Have you turned in all the documentation on your household size and income that the public benefits office needs? What have they told you?” The mother replies that her application went in the same week Brianna was born and she has done everything the public benefits office asked. She has been bounced around from one caseworker to another whenever she has tried to follow up. As a result, the household is struggling to put food on the table. She is pleased that she has been able to continue breastfeeding Brianna, but she has been forced to feed Chris “Hamburger Helper” without the meat. As for herself, she is eating only oatmeal once or twice a day.

You step out of the room to let the legal advocate continue to obtain history from Ms. Williams and formulate her plan. You feel increasingly like albuterol alone will not help Chris and that a feeding diary for Brianna may be wholly insufficient. You relay what you just heard to your preceptor and the other residents and medical students in the office’s workroom. You contemplate the breadth of what you just heard, the questions the advocate asked that you would not have considered. You had never thought of asking about the neighborhood, about the landlord, and about certain aspects of public benefits. You had never considered how to expand your social history to reach those social and environmental factors clearly at the core of your patients’ experienced morbidity. How could that be changed? You find that even in the short time, you were with the legal advocate and you learned quite a bit. You make a mental note of key questions that you might pose to future patients to help you identify legal and structural barriers and consider making other MLP referrals.

Section 4: Co-developed Educational Curricula on the Social Determinants of Health

The questions that the resident started grappling with as described within the section above were posed at the primary care centers of Cincinnati Children’s Hospital Medical Center (CCHMC) several years ago. What could and should families be screened for? Evidence suggests the majority of low-income families receiving care at urban pediatric clinics report at least one unmet basic need related to underlying poverty; many report several such needs [24, 27]. A recent survey at CCHMC highlighted that 28% of primary care families had their gas or electricity shut off in the previous year; 23% had doubled up (lived with others to pay the rent) or moved to a

cheaper residence; 14% of mothers diluted their formula to make it last longer; and 33% had run out of food without money to buy more [14, 15].

Based on the information from these and other local surveys, risks related to the SDH have emerged as significant issues to be addressed consistently with families in the Pediatric Primary Care Center (PPCC) at CCHMC. The recognition of their importance grew alongside CCHMC's MLP, the Cincinnati Child Health-Law Partnership (Child HeLP), a partnership between the hospital's primary care centers and the nonprofit Legal Aid Society of Greater Cincinnati (Legal Aid) [28]. Child HeLP launched in 2008 to assist medical providers and social workers with helping patient-families resolve social and legal problems by adding legal advocates (i.e., attorneys and paralegals) from Legal Aid to the healthcare team [19]. SDH screening processes were initiated through the electronic health record and now routinely occur in over 90% of primary care encounters [16, 24]. Screening questions address housing conditions, food insecurity, public benefits denials and delays, mental health concerns, intimate partner violence, barriers to education, and availability of transportation. Questions were selected after a review of existing evidence and discussions with our key community partners, including legal advocates from the MLP. Questions were also tested for feedback from those that mattered most, patients and their families. The enhanced social screening processes enable clinicians and social workers to more effectively identify patients to refer to the MLP.

As the expanded social history was deployed and as Child HeLP developed and grew, curricula were put into place to train pediatric residents on the relevance and importance of the SDH. A series of didactic and experiential learning sessions were co-developed with medical and legal staff. The facilitated didactic sessions focus on legal rights (e.g., landlord-tenant laws, public benefits eligibility) and are delivered by an interdisciplinary team of pediatricians and legal advocates. Immersion experiences take learners out of the clinic and into the local public benefits office, a large food bank, and a neighborhood that is home to many PPCC patients. Within this neighborhood, learners meet local leaders (e.g., elementary school principal, community center manager) who paint a picture of what life is like within that community. To improve how SDH were discussed with patients, the team also has put into place a "video curriculum" that provides realistic examples of how to discuss social risks and resources with families. Videos include scenarios where interactions and interventions are solely medically based compared to those that also address underlying social issues. Videos include first-hand testimony from families as to how they experienced discussions of risks and ensuing actions (i.e., their experience with Child HeLP). Early evidence suggests that these educational pursuits have led to increased comfort by residents in addressing the SDH as well as more referrals to our available resources [16, 29,30,31,32,33]. These available resources, most notably Child HeLP, have led to key positive outcomes at both the patient and population levels [19, 34].

Section 5: Moving from Patient to Population Health Together

The legal advocate returns from her office to discuss next steps related to Chris and Brianna. After confirming that Ms. Williams has authorized her to discuss this information with you, she starts with Chris. She tells you that she immediately knew this complaint sounded familiar to her. A legal colleague had mentioned in passing

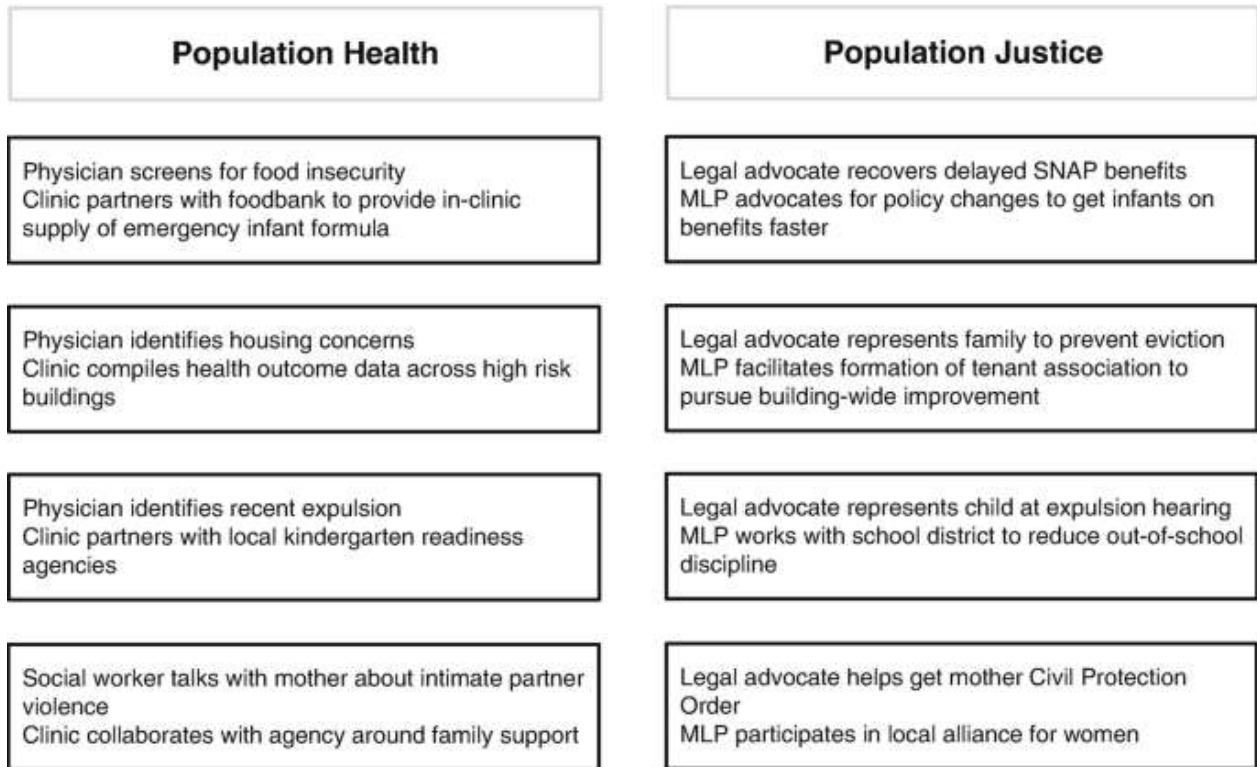
just days earlier that one of her clients had reported that her landlord threatened eviction over putting in a window air conditioning unit. When the legal advocate went back to substantiate this in the Legal Aid case management database, to ensure that her memory served her well, she identified that this was not just a coincidence. It was an “outbreak” of substandard housing amenable to collective action. In the preceding weeks, there had been more than 15 referrals to Child HeLP from buildings managed by the same out-of-state landlord. Publically available city data suggested that each of the 19 complexes managed by this landlord had outstanding violations of city housing ordinances [34]. This “outbreak” called for action in the short and long terms. It also called for action for Chris and his family, as well as his neighbors and fellow tenants. In this sense, individual cases collectively highlighted a structural issue amenable to a structural intervention. This occurred because multiple cases were brought to the same partners, a key aspect of MLP enabling both individualized and population-wide action.

What about Chris’ sister Brianna? What about the food insecurity that was also plaguing this family? The legal advocate had news there, too. After advocacy with the local public benefits office, she secured SNAP benefits for the family by the end of the day. Benefits were issued retroactively to the months since Ms. Williams’s application was filed because of the county’s failure to meet its legal duty to provide benefits in a timely manner. Ms. Williams received nearly \$500.00 in food assistance that week and the confidence that she would be able to feed herself and her children moving forward.

Over time, Child HeLP’s assistance continued for the Williams family had expanded to benefit other similarly situated families. For example, a Legal Aid attorney was connected to Ms. Williams and educated her on her legal rights to healthy housing and the process for filing an escrow case in court to legally withhold her rent payments until the landlord made legally required repairs. The attorney also filed complaints with the local health and building departments that enforce health and safety ordinances. This strategy was a clear example of “population justice” occurring in the confines of the primary care clinic. It was also a clear example of how patient health was quickly ratcheted up, becoming an indicator of population health; again a unique reality made possible by the MLP. Indeed, one child in one housing unit quickly expanded to include the other 15 units the MLP had identified, placing them within a larger cadre of nearly 700 low-income housing units that were at potential risk [34].

It is in this space that population health can be quickly linked to population justice (Figure 3.2.3-R).

Figure 3.2.3-R



Collaborative work by the MLP led to this identification of a large cluster, an “outbreak,” of substandard, poor-quality housing conditions. This collaborative response improved the housing situation for individual patients and families, and it also created linkages between tenants leading to meaningful community-wide housing improvements. Indeed, organization and advocacy promoted by the MLP led to improvements for both the “sick child” (Chris and other tenants with asthma who were patients of CCHMC) and the portfolio of more than 19 “sick buildings” (those managed by the out-of-state landlord). Here, asthma was a common health issue among the children identified by the MLP, but many other health problems are known to be associated with stress and with substandard housing in particular [10, 34].

Limiting or removing asthma triggers in housing units with high-risk children makes a difference. Over the months that followed, the MLP led building- and complex-wide activities devoted to improving home environmental conditions for referred children and families as well as the broader tenant population. A team of Legal Aid attorneys and advocates helped to organize a tenant association and utilized litigation and other legal strategies to obtain substantial improvements. Of the 19 buildings in the out-of-state landlord’s portfolio, 11 received significant systemic repairs (e.g., a new roof, new windows). This particular portfolio of buildings, which the absentee out-of-state landlord ultimately allowed to go into foreclosure, was subsequently purchased by a nonprofit developer. This new developer is now working with other community agencies, and

a large grant from the Department of Housing and Urban Development, to rejuvenate these buildings inside and out. Legal Aid continued to advocate for further improvements and maintenance to ensure that the buildings are affordable and healthy.

Williams' situation also provided a means through which the MLP could facilitate a jump from patient to population and from population health to population justice in the area of nutrition and food security. The legal advocate and her colleagues saw this case, among others, as indicative of an alarming trend toward increasingly lengthy application processing delays for SNAP. Indeed, a large percentage of eligible families were not getting their applications for their public benefits approved by the 30-day deadline required by law. This observation was found to be part of a broader, system-wide issue, identified through Legal Aid's active surveillance of publically available data on the timeliness of public benefit application processing (i.e., time from application to decision). Then, through negotiation with the local public benefits agency, Legal Aid attorneys secured systemic changes in application processing procedures that resulted in a 30% increase in timely food assistance application decisions in just 4 months. Continued advocacy has greatly increased the numbers of applications processed in a timely fashion and ensured that other children and families in the community get the help they need to reduce food insecurity.

Section 6: A Common Medical (-Legal) Case with a Happy Outcome

It is a brisk fall morning. You are excited because today you will be following up with two of your favorite patients for their well-child checks – a now 8-year-old Chris and his now 7-month-old sister Brianna. Outside the room, you reflect on how your practice has changed in the past few months. Not only have you become more adept at screening for and addressing risks related to the SDH, but the ongoing broader advocacy undertaken by Child HeLP has also given you increased structural competency. You have come to understand and appreciate how existing systems – within the four walls of the primary care center and within the broader community – have a strong influence over the health of your patients. You have also watched as improvements to those various systems have directly resulted from advocacy by Child HeLP. It has been inspiring for you to be a part of that interdisciplinary team.

You enter the room and start with Chris, asking all the questions you have now grown accustomed to asking, considering those interventions, both medical and social, that are now part of your armamentarium. Chris has had a wonderful summer and a happy start to the school year. He says he wants to be a scientist. He has been taking his daily asthma controller medications without any issues and has rarely required his rescue medication. His home is free of cockroaches and the ceiling and walls of his home have been fixed. Ms. Williams states that repairs across the building are ongoing. Chris has not been to the emergency department since last spring.

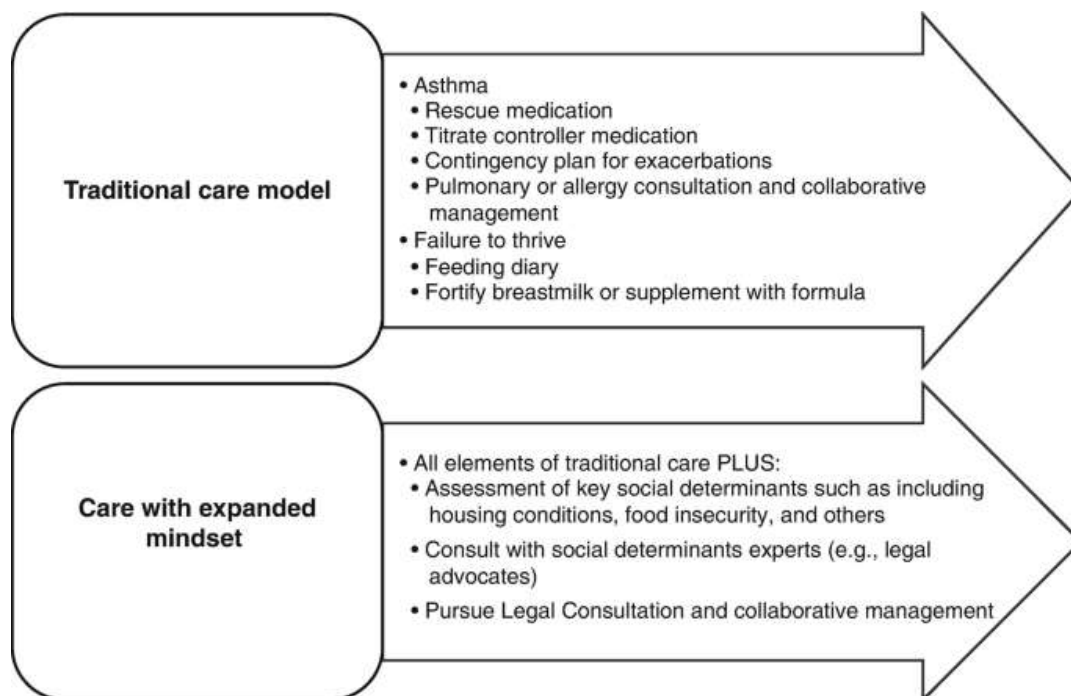
You turn to Brianna who looks like a different baby. She continues to breastfeed and has also started to receive solid foods. She is back on the growth curve such that you would never know, just by looking at her, that she had ever failed to thrive. Ms. Williams appears healthier and happier, too. She tells you the family no longer

goes without food – WIC and SNAP benefits are helping the family considerably. She and Chris are eating three meals a day; Ms. Williams only eats oatmeal when she wants to eat oatmeal. While you are talking, you smile as you hear Brianna babbling in the background. As you leave the room to place your orders, you walk by the Child HeLP office to express gratitude. You have come to understand that referrals to or consults of community experts are often just, if not more impactful, referrals to or consults of medical experts.

Conclusion

Clinical providers and legal advocates, as part of a broadly conceived healthcare team, can be an effective force for change. Indeed, attorneys and paralegals can help physicians and nurses understand social determinants. They can also partner with healthcare providers to use the law as a tool to address key risks, to intervene, and to advocate for patients and families through interventions not yet typical in the clinical setting. Although medical trainees generally accept the importance of social and environmental exposures on health outcomes, many still focus narrowly on medical treatments despite the undeniable influence of contextual social and environmental factors (Figure 3.2.4-R).

Figure 3.2.4-R



This case, and others like it [1], highlights how a broader mindset that considers both medical and social factors is critical to achieving desired outcomes and how bridging complementary areas of expertise (e.g., medicine and law) can support the health and well-being of patients and populations.

REFERENCES

- [1] Tyler ET. In: Lawton E, Conroy K, Sandel M, Zuckerman B, editors. Poverty, health and law: readings and cases for medical-legal partnership. 1st ed. Durham: Carolina Academic Press; 2011.
- [2] Williams DR, Sternthal M, Wright RJ. Social determinants: taking the social context of asthma seriously. *Pediatrics*. 2009;123(Suppl 3):S174–84.
- [3] Suglia SF, Franco Suglia S, Duarte CS, Sandel MT, Wright RJ. Social and environmental stressors in the home and childhood asthma. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(7):636–42.
- [4] Sandel M, Wright RJ. When home is where the stress is: expanding the dimensions of housing that influence asthma morbidity. *Arch Dis Child*. 2006;91(11):942–8.
- [5] Beck AF, Huang B, Chundur R, Kahn RS. Housing code violation density associated with emergency department and hospital use by children with asthma. *Health Aff (Millwood)*. 2014;33(11):1993–2002.
- [6] Akinbami LJ, Moorman JE, Simon AE, Schoendorf KC. Trends in racial disparities for asthma outcomes among children 0 to 17 years, 2001–2010. *J Allergy Clin Immunol*. 2014;134(3):547–53.e5.
- [7] Moorman JE, Akinbami LJ, Bailey CM, Zahran HS, King ME, Johnson CA, et al. National surveillance of asthma: United States, 2001–2010. *Vital Health Stat*. 3. 2012;35:1–58.
- [8] Crocker DD, Kinyota S, Dumitru GG, Ligon CB, Herman EJ, Ferdinands JM, et al. Effectiveness of home-based, multi-trigger, multicomponent interventions with an environmental focus for reducing asthma morbidity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2011;41(2. Suppl 1):S5–32.
- [9] Rosenfeld L, Rudd R, Chew GL, Emmons K, Acevedo-García D. Are neighborhood-level characteristics associated with indoor allergens in the household? *J Asthma*. 2010;47(1):66–75.
- [10] Saegert SC, Klitzman S, Freudenberg N, Cooperman-Mroczek J, Nassar S. Healthy housing: a structured review of published evaluations of US interventions to improve health by modifying housing in the United States, 1990–2001. *Am J Public Health*. 2003;93(9):1471–7.
- [11] Newman NC, Ryan PH, Huang B, Beck AF, Sauers HS, Kahn RS. Traffic-related air pollution and asthma hospital readmission in children: a longitudinal cohort study. *J Pediatr*. 2014;164(6):1396–402.e1.
- [12] Coleman-Jensen A, Gregory CA, Singh A. Household food security in the United States in 2013 [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=45268>
- [13] Map the Meal Gap [Internet]. Feeding America. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <http://map.feedingamerica.org/>
- [14] Burkhardt MC, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Are our babies hungry? food insecurity among infants in urban clinics. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(3):238–43.
- [15] DeMartini TL, Beck AF, Kahn RS, Klein MD. Food insecure families: description of access and barriers to food from one pediatric primary care center. *J Community Health*. 2013;38(6):1182–7.
- [16] Burkhardt MC, Beck AF, Conway PH, Kahn RS, Klein MD. Enhancing accurate identification of food insecurity using quality-improvement techniques. *Pediatrics*. 2012;129(2):e504–10.
- [17] Beck AF, Sauers HS, Kahn RS, Yau C, Weiser J, Simmons JM. Improved documentation and care planning with an asthma-specific history and physical. *Hosp Pediatr*. 2012;2(4):194–201.
- [18] Colvin JD, Bettenhausen JL, Anderson-Carpenter KD, Collie-Akers V, Plencner L, Krager M, et al. Multiple behavior change intervention to improve detection of unmet social needs and resulting resource referrals. *Acad Pediatr*. 2016;16(2):168–74.
- [19] Klein MD, Beck AF, Henize AW, Parrish DS, Fink EE, Kahn RS. Doctors and lawyers collaborating to HeLP children – outcomes from a successful partnership between professions. *J Health Care Poor Underserved*. 2013;24(3):1063–73.

- [20] Sandel M, Hansen M, Kahn R, et al. Medical-legal partnerships: transforming primary care by addressing the legal needs of vulnerable populations. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(9):1697–705.
- [21] Paul EG, Curran M, Tobin Tyler E. The medical-legal partnership approach to teaching social determinants of health and structural competency in residency programs. *Acad Med*. 2017;92(3):292–8.
- [22] Tobin-Tyler E, Teitelbaum J. Training the 21st-century health care team: maximizing interprofessional education through medical-legal partnership. *Acad Med*. 2016;91(6):761–5.
- [23] Chung EK, Siegel BS, Garg A, et al. Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016;46(5):135–53.
- [24] Beck AF, Klein MD, Kahn RS. Identifying social risk via a clinical social history embedded in the electronic health record. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(10):972–7.
- [25] Women, Infants, and Children (WIC) | Food and Nutrition Service [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.fns.usda.gov/wic/women-infants-and-children-wic>
- [26] Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547–58.
- [27] Child HeLP (Legal Aid) | General and Community Pediatrics [Internet]. [cited 2018 Oct 3]. Available from: <https://www.cincinnatichildrens.org/service/g/gen-pediatrics/services/child-help>

Unit: 3.5 Responding to the Special Situation of Children

“Useful Resources”

Here you can find more information, in the following table, about the risk factors and the impact of war, conflict and displacement on children:

Table 1: Risk factors for the displacement children [10]

Box 11.1 The impact of war, conflict and displacement on children
1. The loss of basic resources
• Homelessness, hunger, starvation • Loss of health care, education, and social support • Loss of safety with unfamiliar, unpredictable and dangerous surroundings
2. Disruptions of family relationships
• Death or imprisonment of family members • Parental anxiety and preoccupation • Other separations from family • Loss of wider social, cultural, and societal frameworks as support for parents and whole family, loss of peer relationships as part of supporting networks of children • Pressure towards age-inappropriate roles, such as childcare responsibilities, earning money, emotional support for parents, or family advocacy (based on language skills) • Strained sibling relationships, especially if older children carry childcare or boundary-setting responsibilities for younger ones. • Children adopting new cultural norms at different rates than their parents • Other ambivalence towards parents – especially if sent away for safety, and expected to fulfil the family's hopes and aspirations
3. Normalisation of violence
• Subjection to, or witnessing, significant violence • Being enlisted in perpetrating violence, especially interpersonal • Violence as a survival strategy – needed for self-defence, self-assertion, and social status
4. Post-flight discrimination and stigma
• Experiencing prejudice, stigma, and xenophobia • Loss of cultural reference points • 'Moral injury' due to actions and attitudes elicited en route – with consequent sense of guilt, shame, and self-stigmatisation
5. Pessimism and/or demoralisation
• Protracted asylum claims. • Poverty, loss of status • Loss, loneliness, disconnection, and disorientation (especially if unaccompanied) • Challenge to religious and cultural beliefs

Note: Adapted from Maloney, C., Nelki, J., & Summers, A. (Eds.). (2022). *Seeking Asylum and Mental Health: A Practical Guide for Professionals*. Cambridge University Press.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Μάθημα 4.

Αυτοφροντίδα και Ευεξία του Προσωπικού

Η ευθύνη για τη σύνταξη του περιεχομένου ανήκει στο **Εθνο-Ιατρικό Κέντρο/EMZ** (Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. – Γερμανία), ενώ την επιστημονική επιμέλεια ανέλαβε το **Κέντρο Ημέρας «Βαθέλ»** («Συν-ειρμός» ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Ελλάδα)..

Τελευταία ενημέρωση: Δεκέμβριος 2024

Μάθημα: Αυτοφροντίδα και Ευεξία του Προσωπικού

Υπεύθυνοι Εταίροι: ΕΜΖ, Συν-ειρμός/Κέντρο Ημέρας Βαβέλ

Επισκόπηση μαθήματος

Η αναγνώριση της πολύπλευρης φύσης της εργασίας μας, από κοινού με την εις βάθος κατανόηση των τρόπων με τους οποίους το στρες μπορεί να εκδηλωθεί στην καθημερινή μας πρακτική, είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ευεξίας και τη διασφάλιση της ουσιαστικής παροχής υπηρεσιών. Το μάθημα αυτό εξετάζει το κρίσιμο ζήτημα της διαχείρισης του στρες και της διασφάλισης της ψυχικής ευεξίας του επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που εργάζεται με μετανάστες και πρόσφυγες. Η ενότητα 4.1 διερευνά τους διάφορους ψυχοπιεστικούς παράγοντες που συνεπάγεται αυτή η εργασία, όπως η συναισθηματική επιβάρυνση που απορρέει από την υποστήριξη ατόμων που έχουν βιώσει σημαντικές αντιξοότητες, απώλεια και εκτοπισμό. Εξετάζει επίσης την πολυπλοκότητα της εργασίας σε δύσκολα και, ενίοτε, εχθρικά περιβάλλοντα, όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι και τα διαρθρωτικά και συστημικά εμπόδια μπορεί να παρακωλύσουν την αποτελεσματική υποστήριξη. Μέσα από τον εντοπισμό των διαφόρων πηγών του στρες (συναισθηματικών, διαρθρωτικών ή περιβαλλοντικών), οι εργαζόμενοι/-ες στο πεδίο μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τη δική τους ψυχική υγεία, γεγονός που με τη σειρά του ενισχύει την ικανότητά τους να προσφέρουν υποστήριξη σε μετανάστες και πρόσφυγες με έναν πιο βιώσιμο τρόπο. Η ενότητα 4.2 επικεντρώνεται στην αυτοφροντίδα ως επαγγελματική δεξιότητα. Παρουσιάζει πρακτικές στρατηγικές, τις οποίες οι συμμετέχοντες/-ουσες μπορούν να ενσωματώσουν στην καθημερινή τους ρουτίνα. Τέλος, η ενότητα 4.3 τονίζει το καθήκον φροντίδας από μέρους των εργοδοτών, ενώ παρέχει στρατηγικές στους επαγγελματίες προκειμένου να καλλιεργήσουν μια κουλτούρα φροντίδας στο εργασιακό τους περιβάλλον. Εξετάζει τους τρόπους με τους οποίους οι οργανισμοί μπορούν να δημιουργήσουν υποστηρικτικές δομές μέσω, μεταξύ άλλων, συστηματικής εποπτείας, συναντήσεων απολογισμού (debriefing) και ομάδων στήριξης προσωπικού. Προσφέρονται επίσης πρακτικές ιδέες για την πρακτική του αναστοχασμού. Ειδική μνεία γίνεται για το εθελοντικό προσωπικό, το οποίο συχνά δε διαθέτει επίσημα συστήματα υποστήριξης, ενώ παράλληλα τονίζεται η ανάγκη για σαφή επικοινωνία και όρια για την αποφυγή της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Προσδοκώμενα μαθησιακά αποτελέσματα:

Με την ολοκλήρωση αυτού του μαθήματος, τα συμμετέχοντα άτομα θα είναι σε θέση να:

- Κατανοούν καλύτερα την πολυπλοκότητα των δικών τους συναισθηματικών αντιδράσεων στην εργασία τους με μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς
- Κατανοούν πώς μπορούν να εκδηλωθούν στις καθημερινές τους υποχρεώσεις τόσο οι εσωτερικοί όσο και οι εξωτερικοί ψυχοπιεστικοί παράγοντες
- Αναγνωρίζουν τα σημάδια του στρες και της ψυχικής καταπόνησης, κάνοντας μια διάκριση μεταξύ των διαφόρων τύπων στρες στο χώρο της εργασίας (π.χ. επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπίονιας και δευτερογενές τραύμα)
- Εφαρμόζουν στρατηγικές αυτοφροντίδας για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο
- Κατανοούν τη σημασία της ευθύνης των εργοδοτών και των ιδίων για την προώθηση ενός υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος
- Προάγουν τη συνοχή της ομάδας, αναγνωρίζοντας τη σημασία της της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της υποστήριξης από ομότιμους/-ες
- Κατανοούν τρόπους επικοινωνίας και διατήρησης ξεκάθαρων ορίων, ιδίως σε εθελοντικούς ρόλους
- Αναστοχάζονται όχι μόνο πάνω στις προκλήσεις, αλλά και στις ουσιαστικές και ικανοποιητικές πτυχές της εργασίας τους

Ενότητες που περιλαμβάνονται σε αυτό το μάθημα:

Μάθημα 4. Αυτοφροντίδα και Ευεξία του Προσωπικού
Ενότητα 4.1: Επιπτώσεις στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο της μετανάστευσης
Ενότητα 4.2: Αυτοφροντίδα
Ενότητα 4.3: Φροντίδα προσωπικού

Ενότητα 4.1: Επιπτώσεις στο επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται στο πεδίο της μετανάστευσης

Επισκόπηση ενότητας

Η ενότητα αυτή εισάγει τα συμμετέχοντα άτομα στο θέμα της ψυχικής υγείας του επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που εργάζεται με μετανάστες και πρόσφυγες. Επισημαίνει ότι οι επαγγελματίες πεδίου εκτίθενται σε ψυχοπιεστικούς παράγοντες λόγω της φύσης της εργασίας τους, η οποία περιλαμβάνει στενή επαφή με ανθρώπους που έχουν επιβιώσει από αντιξοότητες ή/και βιώνουν επισφαλείς και άδικες συνθήκες στο παρόν. Η ενότητα παραθέτει τους διάφορους τύπους και τις κλίμακες του στρες, παρουσιάζοντας την προέλευσή του καθώς και κοινά σημεία για την αναγνώρισή του. Τέλος, αναφέρονται οι θετικές επιπτώσεις που μπορεί να βιώσουν οι επαγγελματίες και οι εθελοντές που παρέχουν υποστήριξη στον πληθυσμό των μεταναστών και των πρόσφυγων, δίνοντας έμφαση στην έννοια της δευτερογενούς μετατραυματικής ανάπτυξης. Η ενότητα ολοκληρώνεται με μια κριτική διερεύνηση της «αφήγησης περί θύματος», η οποία μπορεί επίσης να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στο πεδίο.

Υποενότητες:

1. [Προκλήσεις και ευκαιρίες στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες](#)
2. [Διαφορετικοί τύποι και κλίμακες άγχους](#)
3. [Δευτερογενές τραύμα και δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη](#)
4. [Κριτική εξέταση της αφήγησης περί θύματος](#)

1. Προκλήσεις και ευκαιρίες στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες

«Όταν η μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία δεν ταυτίζεται με το τραύμα, η υποστήριξη των μεταναστών και προσφύγων δε φέρνει απαραίτητα εξουθένωση» [1]. Η δήλωση αυτή αποτελεί μια σημαντική υπενθύμιση ότι, ακριβώς όπως οι άνθρωποι με τους οποίους εργαζόμαστε παρουσιάζουν μια σειρά αντιδράσεων στις αντιξοότητες (όπως είδαμε στην Ενότητα 1, αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν θετικές, αρνητικές και ουδέτερες αποκρίσεις), έτσι και οι επαγγελματίες και εθελοντές

στο πεδίο μπορούν να αναπτύξουν ανθεκτικότητα και να βρουν δύναμη μέσα από μια εργασία που παράγει νόημα, αντί να αναλώνονται από αυτήν. Παρότι η πίεση που απορρέει από την υποστήριξη ατόμων που έχουν βιώσει αντιξοότητες και εκτοπισμό είναι πραγματική, **δε χρειάζεται κατ' ανάγκη να οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση**. Το ερώτημα έγκειται στον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουμε και διαχειριζόμαστε την πίεση αυτή.

Το συναισθηματικό και ψυχολογικό βάρος αυτής της εργασίας είναι αδιαμφισβήτητο. Οι εξωτερικοί ψυχοπιεστικοί παράγοντες είναι εγγενείς στην εργασία με μεταναστευτικούς πληθυσμούς, καθώς αυτή περιλαμβάνει την υποστήριξη ανθρώπων που έχουν επιβιώσει από αντιξοότητες και συχνά βιώνουν σημαντικές προκλήσεις στην προσωπική τους ασφάλεια και τα μέσα βιοπορισμού τους. Την ίδια στιγμή, **οι πολιτικές αποτροπής, η απουσία μέτρων ένταξης, καθώς και η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των ενδιαφερόμενων μερών συνιστούν ένα αρκετά δυσμενές πλαίσιο στο οποίο συναντώνται οι μετανάστες και οι εργαζόμενοι στο πεδίο**. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες και οι εθελοντές συχνά εκτίθενται σε συγκλονιστικές ιστορίες τραύματος, απώλειας και εκτοπισμού, ενώ παράλληλα έρχονται αντιμέτωποι με όλα τα παραπάνω στοιχεία που σχετίζονται στενά με το πλαίσιο. Κοντά σε αυτά, έρχονται να προστεθούν οι πολύωρες βάρδιες, η εργασιακή ανασφάλεια και τα πολυσύνθετα γραφειοκρατικά συστήματα [1]. **Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδυαστικά είναι επιζήμιοι για την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία** και συχνά αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών δυσκολιών. Ακολουθώντας παρέχεται μια πιο λεπτομερής επισκόπηση ορισμένων από τις επαγγελματικές προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίσετε στην εργασία σας ως επαγγελματίας ή εθελοντής/-τρια σε αυτό αυτό το πεδίο.

© **Καίριο σημείο:** Συνηθέστερες επαγγελματικές προκλήσεις στην εργασία με μετανάστες και πρόσφυγες

- Το υψηλό επίπεδο αναγκών των εξυπηρετούμενων μπορεί να δημιουργήσει την αίσθηση πως ό,τι και να κάνετε, δε θα είναι ποτέ αρκετό (π.χ. εξασφάλιση στέγης, πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οργάνωση μαθημάτων γλώσσας ή εξασφάλιση νομικής βοήθειας, ενώ

την ίδια στιγμή τα άτομα ή οι οικογένειες μπορεί να αντιμετωπίζουν σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στρες). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια παράλογη αίσθηση ευθύνης, όπου υπερεκτιμάτε το τι «θα πρέπει να» είστε σε θέση να επιτύχετε.

- **Οι συχνές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης** (είτε πραγματικές, είτε βασισμένες σε μη ρεαλιστικές προσδοκίες/ανεπαρκείς πόρους) μπορεί να οδηγήσουν σε **ασαφή όρια μεταξύ εργασίας και προσωπικού χρόνου**, καθιστώντας δύσκολη τη διάκριση μεταξύ του πότε είστε «εν υπηρεσία» και πότε είστε «εκτός υπηρεσίας».
- **Η λεπτή ισορροπία μεταξύ της στενής διαπροσωπικής επαφής που απαιτείται για την αξιολόγηση των αναγκών των μεταναστών και των προσφύγων και της ανάγκης να διατηρηθεί η κατάλληλη επαγγελματική απόσταση**, επικοινωνώντας ανοιχτά και με διαφάνεια τυχόν προσωπικούς και διαρθρωτικούς περιορισμούς. Αυτή η σύνθετη πρακτική εξισορρόπησης μπορεί να οδηγήσει τους εργαζόμενους στο πεδίο σε **υπερβολική συναισθηματική επένδυση**.
- **Το άκουσμα αφηγήσεων φρικτών τραυματικών εμπειριών**, ιδίως αν έχετε και εσείς παρόμοιες εμπειρίες (κάτι που είναι πιο πιθανό, για παράδειγμα, για άτομα που έχουν τα ίδια βιώσει εμπειρίες μετανάστευσης και εκτοπισμού), μπορεί να έχει **έναν βαθύ συναισθηματικό αντίκτυπο** και να δημιουργήσει μια **αίσθηση αδυναμίας**.
- **Η έλλειψη υποστηρικτικής εργασιακής κουλτούρας και σαφών δομών του οργανισμού μπορεί να οδηγήσει σε απογοήτευση και αναποτελεσματικότητα**. Όταν οι δομές του οργανισμού είναι ασαφείς, οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες μπορεί να μπερδευτούν, με αποτέλεσμα τα μέλη του προσωπικού να αισθάνονται **απογοητευμένα και αβέβαια για τα καθήκοντά τους ή για το πώς να συμβάλλουν αποτελεσματικά**. Συχνά, τα καθήκοντα μπορεί να επαναλαμβάνονται ή να παραβλέπονται εντελώς.
- **Η έλλειψη θετικής ανατροφοδότησης ή αναγνώρισης**, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες και οι εθελοντές/-τριες να αισθάνονται **υποτιμημένοι/-ες και αποθαρρυνμένοι/-ες**, επηρεάζοντας τελικά την ικανότητά τους να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες.
- **Η απρόβλεπτη φύση της εργασίας, οι συχνές περικοπές μισθών, οι απολύσεις, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και τα υψηλά ποσοστά εναλλαγής δημιουργούν αίσθηση ασυνέχειας και ανασφάλειας** στους εργαζόμενους του τομέα. Η έλλειψη εργασιακής σταθερότητας μπορεί να υπονομεύσει την ψυχική υγεία των εργαζομένων και να μειώσει την ικανότητά τους να παρέχουν συνεπή και αξιόπιστη υποστήριξη στους πληθυσμούς που εξυπηρετούν.

- **Ο συνδυασμός της ανεπαρκούς κατάρτισης, της ανεπαρκούς εμπειρίας και της χρόνιας έλλειψης υποδομών και ανθρώπινων πόρων** μπορεί να σας κάνει να αισθάνεστε υπερβολικά επιβαρυνμένοι/-ες στις προσπάθειές σας να ελιχθείτε σε πολυσύνθετα συστήματα, ειδικά αν είστε νέοι/-ες σε αυτό το είδος εργασίας.
- **Η μεροληψία και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών που παρέχονται σε μετανάστες και πρόσφυγες** μπορεί να δυσχεράνει τον συντονισμό της ολοκληρωμένης φροντίδας. Αυτή η αποσπασματική προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει σε κενά υπηρεσιών, προκαλώντας απογοήτευση τόσο στους εργαζόμενους όσο και στα άτομα που αυτοί υποστηρίζουν, καθώς κρίσιμες ανάγκες μπορεί να μείνουν αναπάντητες.
- **Τα επίμονα συστημικά εμπόδια**, με αποτέλεσμα να καλείστε συνεχώς να διαχειριστείτε πολιτισμικές διαφορές, γλωσσικά εμπόδια και διαρθρωτικούς περιορισμούς, όπως η περιορισμένη πρόσβαση στα τοπικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης.
- **Οι διαδεδομένες πολιτικές εχθρότητας και αποτροπής απέναντι στους μετανάστες και τους πρόσφυγες δημιουργούν ένα διάχυτο κλίμα έντασης και δυσπιστίας.** Η εχθρότητα από τα εξωτερικά συστήματα δεν επηρεάζει μόνο τους μετανάστες, αλλά προκαλεί πρόσθετο στρες και στους επαγγελματίες, καθιστώντας δυσκολότερη την οικοδόμηση υποστηρικτικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και τη διαφάνεια.

Οι τρόποι με τους οποίους η έκθεση στην ανθρώπινη οδύνη επηρεάζει την ψυχική σας υγεία, ωστόσο, δεν εξαρτώνται μόνο από **ψυχοπιεστικούς παράγοντες** του εξωτερικού περιβάλλοντος που μπορεί να αντιμετωπίζετε, αλλά και από **την ικανότητά σας να ανταποκρίνεστε και να διαχειρίζεστε τους τελευταίους.** Εδώ περιλαμβάνονται πτυχές του εργασιακού περιβάλλοντος, π.χ. η ικανότητά σας να ενεργείτε ανεξάρτητα ως εργαζόμενος/-η, οι σχέσεις σας με τη διοίκηση, τους συναδέλφους και τους χρήστες υπηρεσιών, προσωπικοί παράγοντες όπως το προσωπικό τραυματικό ιστορικό και **δεξιότητες που έχετε στην αντιμετώπιση προκλήσεων.** Οι «δεξιότητες αντιμετώπισης προκλήσεων» αναφέρονται στην ικανότητά σας να **ανταποκρίνεστε στους ψυχοπιεστικούς παράγοντες, με τρόπους που διατηρούν τη συναισθηματική και ψυχική σας υγεία και τη συνολικότερη ευεξία σας.**

Το να έχετε επίγνωση των συναισθημάτων σας είναι ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση της ψυχικής σας υγείας και την περιδιάβαση στην προσωπική και επαγγελματική σας ζωή με έναν σαφή και αποτελεσματικό τρόπο. Η πρόκληση βρίσκεται στο να βρείτε τη χρυσή τομή – **να φροντίζετε τους άλλους, φροντίζοντας ταυτόχρονα τον εαυτό σας.**

2. Διαφορετικοί τύποι και κλίμακες άγχους

Στην καθημερινή μας ζωή, συχνά κάνουμε λόγο για «**στρες**» ή μπορεί να αναφέρουμε ότι «είμαστε στρεσαρισμένοι», αλλά πώς ορίζεται το στρες; Σύμφωνα με τον ιατρικό ορισμό, **το στρες είναι η φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση.** Η αντίδραση στο στρες ενεργοποιεί τις ορμόνες, **το κεντρικό νευρικό σύστημα, τους μύες και το ανοσοποιητικό σύστημα.** Όταν κάποιος (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας) ή κάτι (μια κατάσταση) απαιτεί από εσάς να δράσετε, το σώμα και το μυαλό σας θα αναπτύξουν το είδος της έντασης που απαιτείται για **να επεξεργαστείτε και να ανταποκριθείτε στην απαίτηση.** Είστε σε εγρήγορση και προσεκτικοί/-ές, και το μυαλό και οι μύες σας προετοιμάζονται να αντιδράσουν πιο γρήγορα από ό,τι όταν ήταν σε κατάσταση ηρεμίας [2].

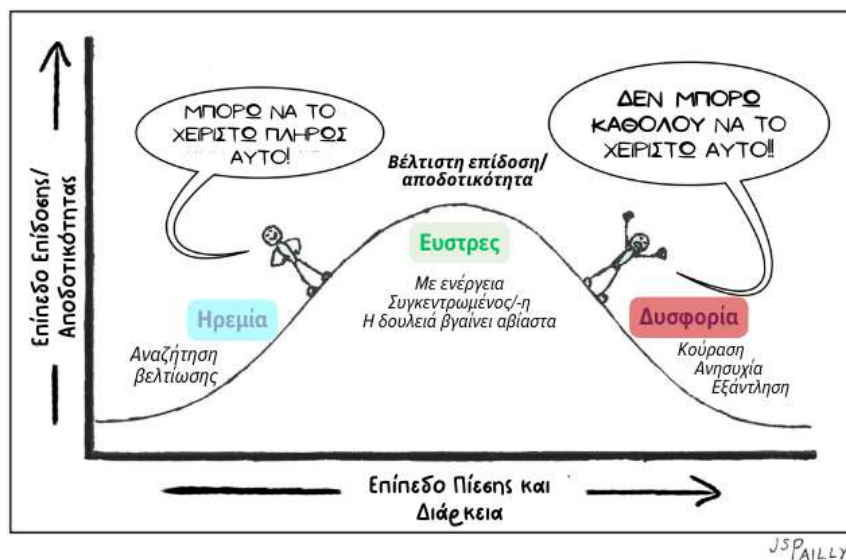
Αυτό το είδος στρες **δεν έχει απαραίτητα αρνητικό αντίκτυπο ή μακροχρόνιες επιπτώσεις.** Στην πραγματικότητα, πρόκειται για **μια απαραίτητη διαδικασία που σας επιτρέπει να εκτελείτε καθήκοντα και να επιλύετε προβλήματα που αποτελούν μέρος της ζωής,** χρησιμοποιώντας τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εμπειρία σας. Αυτή η θετική, φυσική αντίδραση στο στρες ονομάζεται επίσης **ευστρες (eustress)** (το πρόθεμα «ευ» προέρχεται από τα αρχαία ελληνικά και σημαίνει «καλό»). Υπό κανονικές συνθήκες, αφού ολοκληρώσετε με επιτυχία την ανταπόκρισή σας στην απαίτηση ή την πρόκληση –η οποία, όπως είδαμε παραπάνω, καθίσταται δυνατή μέσω της φυσιολογικής αντίδρασης στο στρες– **το σώμα και το μυαλό σας θα επιστρέψουν σε κατάσταση ηρεμίας, αφήνοντάς σας ικανοποιημένους/-ες και με ένα ευχάριστο αίσθημα ολοκλήρωσης.**

Μερικές φορές, ωστόσο, η φυσική αντίδραση στο στρες ενεργοποιείται με τρόπο που καθιστά αδύνατη την επιστροφή στην ηρεμία και την ικανοποίηση. Αυτό συμβαίνει **όταν οι απαιτήσεις της κατάστασης είναι πολύ μεγάλες ή όταν δεν εμπιστεύεστε ότι έχετε τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εμπειρία για**

να ανταποκριθείτε επαρκώς σε αυτές. Μπορεί επίσης να συμβεί όταν οι απαιτήσεις από εσάς διατηρούνται ή φτάνουν σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα που το σώμα σας δεν έχει την ευκαιρία να επανέλθει σε κατάσταση ηρεμίας. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να αισθάνεστε υπερβολικά επιβαρυνμένοι/-ες και να θεωρείτε τις απαιτήσεις ανυπέρβλητες [3]. Αυτή η αρνητική εκδοχή του στρες είναι γνωστή ως **δυσφορικό στρες** (distress). Ενώ η φυσιολογική αντίδραση παραμένει η ίδια όπως στο eustress, ο τρόπος με τον οποίο το αντιλαμβάνεστε και οι επιπτώσεις του στην ευεξία σας είναι πολύ διαφορετικές.

Όπως φαίνεται στην Εικόνα 4.1.1, ενώ το ευστρες παρέχει μια βραχυπρόθεσμη ώθηση για την αντιμετώπιση των προκλήσεων, το υπερβολικό στρες μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο της λειτουργικότητάς σας, κάνοντάς σας να αισθάνεστε διανοητικά ανάπηροι και ανίκανοι να σκεφτείτε καθαρά. Αυτό μπορεί να σας εμποδίσει να αποκτήσετε πρόσβαση και να εφαρμόσετε τις υπάρχουσες γνώσεις και δεξιότητές σας, ενισχύοντας το αίσθημα της υπερφόρτωσης. **Με την πάροδο του χρόνου, το υπερβολικό στρες μπορεί να εμποδίσει το σώμα σας να επιστρέψει σε κατάσταση ηρεμίας, επηρεάζοντας σημαντικά την ψυχική σας υγεία και την ψυχοκοινωνική σας ευεξία.**

Εικόνα 4.1.1. «Eustress έναντι Distress»



Σημείωση: Γραφική αναπροσαρμογή από την ομάδα του EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες του J.S. Pailly και του Integrative Cancer

(Planet Pailly, 2019, [Eustress vs. Distress](#); Integrative Cancer, (n.d.), [Integrative Cancer Review: Multiplying the Power of Healing](#))

Η αναπαραγωγή αυτού του γραφήματος και η μετάφρασή του για τις ανάγκες του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τον αρχικό δημιουργό του.

→ **BINTEO:** [Πώς το στρες επηρεάζει τον εγκέφαλό σας](#) (EN) 

Το στρες δεν επηρεάζει μόνο τα άτομα, αλλά και τις ομάδες [1], επειδή κάθε μέλος της ομάδας εξαρτάται από τα άλλα για να λειτουργήσει σωστά. Γι' αυτό πρέπει όχι μόνο να δίνουμε μεγάλη προσοχή στις επιπτώσεις του στρες στα άτομα που εργάζονται σε δύσκολες καταστάσεις, αλλά και να εξετάζουμε τις συνθήκες υπό τις οποίες λειτουργεί ολόκληρη η ομάδα.

Εικόνα 4.1.2. «Ο κάδος του στρες»



Σημείωση: Γράφημα που δημιουργήθηκε από το Mental Health UK (2018) με βάση μια ιδέα των Brabban και Turkington (2002)

Η μετάφραση αυτού του γραφήματος από την ομάδα του EU-MiCare δεν υποδηλώνει έγκριση από τους αρχικούς δημιουργούς του.

Ο κάδος του στρες (Εικόνα 4.1.2) είναι ένας άλλος απλός τρόπος για να κατανοήσουμε πώς λειτουργεί το στρες τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και στο πλαίσιο μιας ομάδας [4]. Φανταστείτε έναν κάδο που συγκεντρώνει όλα τα άγχη της ζωής σας. Στο πεδίο της φροντίδας μεταναστών και προσφύγων, τα

άγχη αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις, πολλές ώρες εργασίας, ανεπαρκείς πόρους, διαχείριση πολυσύνθετων γραφειοκρατικών συστημάτων. Κάθε φορά που εσείς (ή η ομάδα σας) αντιμετωπίζετε στρες (άγχος), είναι σαν να προσθέτετε νερό στον κάδο. **Αν αυτοί οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες συσσωρεύονται χωρίς τις κατάλληλες διεξόδους** –όπως η υποστήριξη από συναδέλφους/-ισσες, η εποπτεία ή η αυτοφροντίδα– **ο κάδος τελικά θα ξεχειλίσει**. Όταν συμβαίνει αυτό, μπορεί να αισθάνεστε (σε προσωπικό ή συλλογικό επίπεδο) υπερφορτωμένοι/-ες και ανίκανοι/-ες να αντεπεξέλθετε.

→ **ΒΙΝΤΕΟ: Ο κάδος του στρες** (EN) 

 **Διάλειμμα για αναστοχασμό:** Αναστοχαστείτε κατά μόνας ή/και στο πλαίσιο της ομάδας

Αφιερώστε λίγο χρόνο για να προβληματιστείτε σχετικά με τις έννοιες του eustress και του distress, μαζί με την οπτική μεταφορά του κάδου του στρες. Στη συνέχεια, σκεφτείτε: Τι σας βοηθά να μειώσετε το στρες; Πώς μπορείτε να συνεχίσετε αυτές τις δραστηριότητες όταν συσσωρεύονται άλλα άγχη; Μπορείτε επίσης να συμπληρώσετε [αυτό το χρήσιμο έντυπο](#) μαζί με τους συναδέλφους/-ισσές σας (διαθέσιμο επίσης στην αγγλική γλώσσα στο  **Αποθετήριο**, βλέπε 4.1 - Έντυπο 1. «Ο κάδος του στρες»).

Πηγή: mentalhealth-uk.org

Εξουθένωση (Burnout)

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να είναι συχνή μεταξύ του επαγγελματικού και εθελοντικού προσωπικού που εργάζεται με ανθρώπους σε δυσμενείς συνθήκες, ιδίως εκείνους που έχουν επιβιώσει από ακραίες αντιξοότητες. Η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως **μια ψυχική κατάσταση¹ εξάντλησης που προέρχεται από τη συνεχιζόμενη έκθεση σε**

¹ Ενώ η επαγγελματική εξουθένωση αναγνωρίζεται γενικά ως ένα κρίσιμο πρόβλημα στο χώρο της εργασίας, δεν υπάρχει ακόμη συμφωνία στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με τον ακριβή ορισμό της και του κατά πόσο θα πρέπει να ταξινομηθεί ή όχι ως ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία «ψυχικής διαταραχής».

ψυχοπιεστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εργασία, ενώ παράλληλα το άτομο δεν έχει στη διάθεσή του επαρκείς πόρους για την αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτών των ψυχοπιεστικών παραγόντων. Εκδηλώνεται μέσω τριών βασικών διαστάσεων: (1) υπερβολική εξάντληση, (2) συναισθήματα κυνισμού και αποστασιοποίησης από την εργασία και (3) αίσθηση αναποτελεσματικότητας και έλλειψης επιτευγμάτων [5].

Η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται σταδιακά, εξαντλώντας σιγά-σιγά τους συναισθηματικούς, ψυχικούς και σωματικούς πόρους του ατόμου. Όταν τα άτομα βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση, η εργασία που κάποτε θεωρούνταν δημιουργική και ουσιαστική καθίσταται με την πάροδο του χρόνου όλο και λιγότερο ικανοποιητική και μη βιώσιμη. Τα άτομα που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση μπορεί επίσης να πάψουν να φροντίζουν τον εαυτό τους, να κάνουν χρήση αλκοόλ και νικοτίνης, να τρώνε και να κοιμούνται άσχημα και να τους απασχολεί συχνά η εργασία τους, ακόμη και όταν δεν εργάζονται.

Σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης	
Σωματική εξάντληση, χρόνια κόπωση	Έλλειψη αίσθησης προσωπικής ολοκλήρωσης
Συναισθηματική εξάντληση	Αρνητικές στάσεις απέναντι στην εργασία, την ίδια τη ζωή, τους άλλους ανθρώπους
Αποπροσωποποίηση (αίσθημα «έξω από τον εαυτό μου»)	Μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης του περιβάλλοντος
Αίσθημα αβοηθησίας	Δείγματα κακής φροντίδας προς τους εξυπηρετούμενους
Απογοήτευση	Στοιχεία παραμέλησης κλινικών/διοικητικών καθηκόντων

Σημείωση: Περιεχόμενο προσαρμοσμένο από την ομάδα του EU-MiCare με βάση πληροφορίες από τους Mor Barak et al. (2001), Laslach & Leiter (2016), και Stackelford (2006).

[Mor Barak, M. E., Nissly, J. A., & Levin, A. (2001). Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from past research? A review and metanalysis. *Social service review*, 75(4), 625-661. <https://doi.org/10.1086/323166>; Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>; Stackelford, K. (2006). Preparation of undergraduate social work students to cope with the effects of indirect trauma. (Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή). University of Mississippi Department of Social Work, University, MS.]

Οι προσωπικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν το πόσο επιρρεπείς είστε στο χρόνιο στρες και στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτοί περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά που βασίζονται στην

ταυτότητα και το υπόβαθρό σας, όπως η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, οι δεξιότητες αντιμετώπισης προκλήσεων που μπορεί να διαθέτετε, το προσωπικό σας ιστορικό τραύματος, η υποστήριξη από την οικογένεια και τους κοινωνικούς κύκλους και η οικονομική σας κατάσταση. Παρότι οι επιπτώσεις αυτών των παραγόντων είναι δύσκολο να τροποποιηθούν, **οι δεξιότητες στην αντιμετώπιση προκλήσεων και η ανθεκτικότητά σας μπορούν να καλλιεργηθούν μέσω της συνεχιζόμενης κατάρτισης, καθώς και μέσω δραστηριοτήτων επαγγελματικής και προσωπικής ανάπτυξης [1].** Περισσότερες πληροφορίες και παραδείγματα πάνω στο θέμα παρέχονται στις επόμενες ενότητες.

Κόπωση συμπόνιας

Η κόπωση συμπόνιας, η οποία περιγράφεται επίσης ως «το κόστος της φροντίδας», έχει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά με την επαγγελματική εξουθένωση, αλλά αναφέρεται σε **ένα ξεχωριστό φαινόμενο**. Πρόκειται για μια βαθιά, χρόνια συναισθηματική και σωματική εξάντληση που συνδέεται στενά με το **έργο της φροντίδας**, ιδίως με τη φροντίδα ατόμων με τραυματικές εμπειρίες. Τα άτομα που βιώνουν κόπωση συμπόνιας γίνονται σταδιακά αποστασιοποιημένα και κυνικά και αυτό έρχεται εις βάρος της ποιότητας των υπηρεσιών που είναι σε θέση να παρέχουν [6].

Σημάδια κόπωσης της συμπόνιας	Ομοιότητες και διαφορές της κόπωσης της συμπόνιας και της επαγγελματικής εξουθένωσης
Ευερεθιστότητα	Αφορά στην εξάντληση της ενσυναίσθησης και της ικανότητας να λειτουργήσετε θεραπευτικά .
Σωματικός πόνος	Σας εμποδίζει να επιδείξετε συμπόνια και ενσυναίσθηση.
Αποστασιοποίηση	Στην επαγγελματική εξουθένωση, τα κίνητρα και η ενέργεια για την εργασία συχνά απουσιάζουν. Στην κόπωση συμπόνιας, είναι πιθανό να έχετε κίνητρο, αλλά δεν είστε σε θέση να επιδείξετε τη συνήθη ενσυναίσθηση και συμπόνια σας.
Ανεπαρκής ικανοποίηση από την εργασία	Η έναρξη των συμπτωμάτων της κόπωσης συμπόνιας μπορεί να εντοπιστεί κυρίως εν μέσω μιας συγκεκριμένης περίπτωσης ή κατάστασης.

Σημείωση: Περιεχόμενο προσαρμοσμένο από την ομάδα του EU-MiCare με βάση πληροφορίες από τους Leris & Byrne (2003) και Stackelford (2012).

[Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Shackelford, K. (2012). Occupational Hazards of Work in Child Welfare: Direct

Trauma, Secondary Trauma and Burnout. In: CW360 a comprehensive look at a prevalent child welfare issue. Άνοιξη 2012.
https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf

Ηθική βλάβη

Η ηθική βλάβη αναφέρεται στις συναισθηματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, συμπεριφορικές και πνευματικές επιπτώσεις που απορρέουν από πράξεις ή καταστάσεις οι οποίες παραβιάζουν τις βασικές ηθικές αξίες μας και τις προσδοκίες που μπορεί να έχουμε πάνω στο πώς πρέπει ένα άτομο να συμπεριφέρεται προς τον εαυτό του και τους άλλους. Θεωρείται επίσης ως «βλάβη της συνείδησης ή της ηθικής πυξίδας» ενός ατόμου [7] και προκαλείται όταν οι άνθρωποι «διαπράττουν οι ίδιοι, αποτυγχάνουν να αποτρέψουν ή γίνονται μάρτυρες ή γνώστες πράξεων που παραβιάζουν βαθιά εδραιωμένες ηθικές πεποιθήσεις και προσδοκίες» [8].

Μόλις στο πρόσφατο παρελθόν η ηθική βλάβη αναγνωρίστηκε ως διακριτό φαινόμενο (εν αντιθέσει, λόγου χάρη, με το μετατραυματικό άγχος) και έχει μελετηθεί κυρίως στο πλαίσιο των βετεράνων στρατιωτικών [9]. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες εξετάζουν φαινόμενα ηθικής βλάβης σε επαγγελματικά περιβάλλοντα εκτός του στρατού, όπως ο ιατρικός κλάδος. Η ηθική βλάβη συνδέεται συχνά με έντονα ηθικά συναισθήματα που σχετίζονται με το συμβάν, όπως ενοχή, θυμό και αηδία, και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή δυσφορία και ψυχολογικές δυσκολίες, όπως κατάθλιψη και αυτοκτονικότητα. Εξουθενώνει τους ανθρώπους σε ατομικό επίπεδο και μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ατόμου να εμπιστεύεται τους άλλους.

3. Δευτερογενές τραύμα και δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη

Το δευτερογενές τραύμα (VT), το οποίο ονομάζεται επίσης δευτερογενές τραυματικό στρες (STS), θεωρείται συχνό φαινόμενο μεταξύ επαγγελματιών που εργάζονται στενά με επιζώντες τραυματικών γεγονότων (π.χ. ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί, γιατροί και παραϊατρικό προσωπικό, αστυνομικοί, πυροσβέστες). Προκύπτει από την έκθεση στο τραύμα των άλλων, είτε έχοντας γίνει οι ίδιοι μάρτυρες είτε ακούγοντας άλλους (εξυπηρετούμενους ή χρήστες υπηρεσιών) να αφηγούνται τραυματικές εμπειρίες. Μπορεί επίσης να προκύψει μέσα από την εξέταση φακέλων υποθέσεων ή το άκουσμα περιστατικών βίας και άλλων τραυματικών και επώδυνων γεγονότων. Το δευτερογενές τραύμα μπορεί

να επηρεάσει την αντίληψη και την εμπειρία ενός ατόμου για τον κόσμο, προκαλώντας σωματικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις.

→ **BINTEO:** [Τι είναι το δευτερογενές τραύμα;](#) (EN) 

Ακριβώς όπως το στρες βιώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο, η ευπάθεια στο δευτερογενές τραύμα επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες, όπως το στρες της ζωής, η κοινωνική υποστήριξη, η ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το ανεπίλυτο προσωπικό τραύμα του παρελθόντος και οι αντιδράσεις υπερβολικής ενσυναίσθησης. **Η επαγγελματική εμπειρία, η εκπαίδευση, καθώς και η υποστήριξη από την πλευρά του φορέα απασχόλησης/οργανισμού υπό τη μορφή κατάρτισης, ενημέρωσης, εποπτείας και υποστήριξης από ομότιμους/-ες μπορούν να το μειώσουν [10].** Η πιθανότητα εμφάνισης δευτερογενούς τραύματος εξαρτάται επίσης από τα χαρακτηριστικά του τραυματικού γεγονότος στο οποίο εκτίθεστε και από τον βαθμό στον οποίο αυτά παραβιάζουν την κοσμοθεωρία και το σύστημα πεποιθήσεών σας [11].

Εάν θεωρείτε ότι είστε εκτεθειμένοι/-ες στον κίνδυνο δευτερογενούς τραύματος, μπορείτε να ρίξετε μια ματιά σε μια άσκηση στην αγγλική γλώσσα που περιλαμβάνεται στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 4.1 - Έντυπο 2. «Βασικές δεξιότητες αντιμετώπισης του επακόλουθου τραύματος»).

Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, **η εργασία με άτομα που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες ή/και βρίσκονται σε δύσκολες και επισφαλείς συνθήκες δε χρειάζεται απαραίτητα να είναι αρνητική.** Εκτός από τους πιθανούς κινδύνους στους οποίους μπορεί να εκτεθείτε ως επαγγελματικό ή εθελοντικό προσωπικό, οι συναντήσεις σας με μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς μπορούν επίσης να έχουν **θετικό αντίκτυπο** και να προσφέρουν ευκαιρίες για προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη.

Η έννοια της **Δευτερογενούς Μετα-Τραυματικής Ανάπτυξης** (VPTG/SPTG) χρησιμοποιείται για να αναφερθεί στις **θετικές ψυχολογικές αλλαγές** (υπό τη μορφή της προσωπικής ανάπτυξης και δημιουργίας/απόδοσης νοήματος) που συμβαίνουν σε άτομα που βοηθούν ανθρώπους που έχουν **επιβιώσει από αντιξοότητες** [12].

→ **BINTEO:** [Τι είναι η δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη;](#) (EN) 

Η Εικόνα 4.1.3 παρακάτω προσφέρει μια επισκόπηση των δύο εννοιών μαζί με τα καίρια χαρακτηριστικά τους, όπως αυτά περιγράφονται στη σχετική βιβλιογραφία.

Εικόνα 4.1.3. «Δευτερογενές τραύμα και δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που δημιουργήθηκε από την ομάδα του EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των Baird & Jenkins (2003), Lerias & Byrne (2003) και Tedeschi & Calhoun (2004a, 2004b).

[Baird, S., & Jenkins, S. R. (2003). Vicarious traumatization, secondary traumatic stress, and burnout in sexual assault and domestic violence agency staff. *Violence and victims*, 18(1), 71–86. <https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.1.71>; Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129–138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004a). Vicarious post-traumatic growth: Understanding resilience in trauma workers. *Trauma Psychology*, 10(3), 319–328.; Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004b). TARGET ARTICLE: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence." *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01.]

Όπως και στην περίπτωση της μετατραυματικής ανάπτυξης (PTG) [13], την οποία μπορεί να βιώνουν οι εξυπηρετούμενοί/-ές μας (βλ. Ενότητα 1.3), θετικές αλλαγές που μπορεί να βιώσουμε αφορούν την αυτοαντίληψη, τις σχέσεις μας με τους άλλους και τη φιλοσοφία της ζωής μας. Η δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη περιλαμβάνει επιπλέον πτυχές που σχετίζονται με την επαγγελματική μας ταυτότητα, συμπεριλαμβανομένης **της συνειδητοποίησης ότι η εργασία μας έχει αξία**, καθώς και **την ενίσχυση ικανοτήτων** [14]. Η δευτερογενής μετατραυματική ανάπτυξη είναι πιο πιθανή όταν το επαγγελματίες πεδίου έχουν **ισχυρή κοινωνική υποστήριξη** (τόσο προσωπική όσο και επαγγελματική), καθώς και **αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης προκλήσεων**. Οι επόμενες ενότητες είναι αφιερωμένες σε αυτό το ζήτημα.

4. Κριτική εξέταση της αφήγησης περί θύματος

Όπως συζητήθηκε σε προηγούμενες ενότητες, **η εργασία με εκτοπισμένα άτομα συνεπάγεται αναπόφευκτα άμεση εμπλοκή με βαθύ ανθρώπινο πόνο, καθώς και με εξαιρετική ανθεκτικότητα και ανάπτυξη που ενεργοποιείται από την αντιξοότητα.**

Καθώς οι άνθρωποι με τους οποίους εργαζόμαστε περιδιαβαίνουν στο πολύπλοκο συναισθηματικό τους τοπίο, οι ανάγκες τους μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά. Κάποιοι/-ες από αυτούς/-ές μπορεί να επεξεργάζονται ακόμα αυτό που τους συνέβη, ενώ άλλοι/-ες μπορεί να έχουν αρχίσει να οραματίζονται το μέλλον τους σε ένα νέο πλαίσιο. Ένα κρίσιμο κομμάτι της δικής μας φροντίδας σε αυτό το πολύπλοκο πλαίσιο λειτουργίας είναι **να αναγνωρίσουμε το πώς οι δικές μας προκαταλήψεις μπορεί να περιπλέξουν τις αλληλεπιδράσεις μας με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες και πώς αυτό με τη σειρά του μπορεί να συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση που μπορεί να βιώσουμε.**

Εάν κατηγοριοποιούμε τους ανθρώπους ως απλά θύματα που δεν έχουν την ικανότητα να ανταποκριθούν στις αντιξοότητες με πολύπλοκους τρόπους, κινδυνεύουμε να διακωλύσουμε μια δυναμική που υπονομεύει τη δυνατότητά τους να δράσουν [1,15]. Αυτή η μονοδιάστατη αφήγηση **τοποθετεί εμάς ως διασώστες/σωτήρες και εκείνους ως θύματα και παθητικούς αποδέκτες βοήθειας.**

Συμβάλλει δε στην αύξηση του στρες στο εργασιακό μας περιβάλλον και περιορίζει τις δυνατότητές μας για ουσιαστική και ενδυναμωτική υποστήριξη.

© **Καίριο σημείο:** Η συναισθηματική εμπειρία επαγγελματιών που εργάζονται με εκτοπισμένα άτομα

Ο Παπαδόπουλος [1] έχει προβεί στην εννοιολόγηση τριών διακριτών στιγμών στις αντιδράσεις των εργαζομένων στο πεδίο που λειτουργούν στη διχοτομική λογική περί «θυμάτων-σωτήρων». Αυτή η δυναδική άποψη έχει άμεσες επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών και τελικά επηρεάζει τόσο τη δική μας ευεξία όσο και των ανθρώπων που επιχειρούμε να υποστηρίξουμε.

ο **Η περίοδος της υπερπαραγωγικότητας και του ενθουσιασμού:** Οι εργαζόμενοι/-ες στο πεδίο ξεκινούν συνήθως με υψηλά κίνητρα και επιθυμία να βοηθήσουν, τα οποία συχνά παίρνουν τη μορφή υπερδραστηριότητας και διάθεσης να «κάνουν τη διαφορά». Βαθιά συγκινημένοι/-ες από τον πόνο που αντικρύζουν, μπορεί να θεωρούν τον ρόλο τους ηρωικό, πιστεύοντας ότι είναι παντοδύναμοι/-ες και ότι το έργο τους έχει βαθύτατο αντίκτυπο. Σε αυτό το στάδιο, το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό μπορεί να εργάζεται πολλές ώρες, αφιερώνοντας την ενέργειά του αποκλειστικά στο να βοηθήσει τους άλλους και συχνά παραμελώντας τις δικές του ανάγκες.

ο **Η περίοδος της άμυνας και της καχυποψίας:** Όταν η πρόοδος φαίνεται να είναι αργή ή να μη χαίρει αναγνώρισης, ακόμη και μετά την καταβολή της μέγιστης δυνατής προσπάθειας από πλευράς των επαγγελματιών, μπορεί να προκύψει απογοήτευση. Το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό μπορεί να αισθάνεται μια αίσθηση ανεπάρκειας, ενοχής και αβοηθησίας. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί με τη σειρά τους να τροφοδοτήσουν αμυντικότητα, οδηγώντας τους στο να αποδώσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως συναδέλφους/-ισσες ή ελλείψεις του οργανισμού/φορέα. Σε αυτό το στάδιο, μπορεί να επικρατήσει ένταση στις ομάδες με την ευθύνη να μετατοπίζεται έξωθεν, οδηγώντας σε κλίκες ή σε αναζήτηση αποδιοπομπαίων τράγων εντός του οργανισμού/φορέα.

ο **Η περίοδος της αποστασιοποίησης (και του αυτοαναστοχασμού):** Οι επαγγελματίες που βιώνουν αυτό το στάδιο μπορεί να αποκριθούν με δύο τρόπους. Το πρώτο σενάριο περιλαμβάνει την

αποστασιοποίηση από την εργασία τους, δημιουργώντας μια αίσθηση συναισθηματικής ασφάλειας, αλλά με κόστος την αίσθηση νοήματος και τη δέσμευση. Αυτό οδηγεί σε συναισθήματα πλήξης καθώς η εργασία γίνεται πλέον ρουτίνα και αποκτά διεκπαιρευτικό χαρακτήρα. Στο δεύτερο σενάριο, μπορεί να αξιοποιήσουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν ως ευκαιρίες για βαθύτερη αυτογνωσία. Αυτό μπορεί να εμπλουτίσει την εμπειρία τους, βοηθώντας να διατηρήσουν την πολυπλοκότητα στη σκέψη τους, επιτρέποντάς τους να αποφύγουν να πέσουν σε μονοσήμαντες αφηγήσεις, στερεότυπα ή προκαταλήψεις.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα παραπάνω στάδια δεν είναι απαραίτητα γραμμικά. Τα συναισθήματα που συνοδεύουν αυτές τις φάσεις έρχονται συχνά με κυκλικό ή διφορούμενο τρόπο. Ένα άτομο μπορεί να παρουσιάσει διακυμάνσεις: από αισθήματα παντοδυναμίας και υπερεπένδυσης μέχρι απάθεια και αποσύνδεση.

Οι αποκρίσεις αυτές είναι συχνές μεταξύ επαγγελματιών και εθελοντών που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες. Το διακύβευμα είναι να αποκτήσουμε μια πιο συνειδητή επίγνωση των συναισθηματικών μας αποκρίσεων. Αυτό μας επιτρέπει να δημιουργήσουμε πιο αποτελεσματικούς τρόπους τόσο για τη φροντίδα των εαυτών μας όσο και για τη φροντίδα των άλλων [1].

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex). [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (Επιμ.) (2019). *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της προσφυγικής συνθήκης Συνεργική προσέγγιση*. Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ (Συν-ειρμός Αμκε Κοιν. Αλληλεγγύης) και του Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).]
- [2] Fink, G. (2017). Concepts, definition and history. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1–9.
- [3] Mental Health Foundation UK. (2018). Stress. Retrieved May 7, 2024, from <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/stress>
- [4] Mental Health UK. (2018). The stress bucket. Retrieved May 7, 2024, from <https://mentalhealth-uk.org/blog/the-stress-bucket/>
- [5] Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- [6] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [7] Moral Injury Project. (n.d.). About moral injury. Retrieved July 31, 2024, from <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/>
- [8] Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- [9] Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>
- [10] Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: Symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129–138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- [11] Finklestein, M., Stein, E., Greene, T., Bronstein, I., & Solomon, Z. (2015). Posttraumatic stress disorder and vicarious trauma in mental health professionals. *Health & Social Work*, 40(2), e25–e31. <https://doi.org/10.1093/hsn/hlv026>
- [12] Abel, L., Walker, C., Samios, C., & Morozow, L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology*, 20(1), 9–18. <https://doi.org/10.1037/h0099375>
- [13] Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic growth: Theory, research, and applications*. New York, NY: Routledge.
- [14] Gurowiec, P. J., Ogińska-Bulik, N., Michalska, P., & Kędra, E. (2022). The relationship between social support and secondary posttraumatic growth among health care providers working with trauma victims: The mediating role of cognitive processing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 4985. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094985>

-
- [15] Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and Adversity-Activated Development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

Ενότητα 4.2: Αυτοφροντίδα

Επισκόπηση ενότητας

Στην ενότητα αυτή, παρατίθενται ορισμένα εργαλεία τα οποία μπορούν να σας βοηθήσουν να προβληματιστείτε κριτικά σε σχέση με την επαγγελματική σας ζωή, το εργασιακό σας περιβάλλον, καθώς και τον αντίκτυπο του τελευταίου στην ψυχική σας υγεία. Προτείνονται ορισμένα μέτρα εντοπισμού του στρες και της ψυχικής καταπόνησης. Παρουσιάζεται επίσης μια επισκόπηση πάνω στην έννοια της αυτοφροντίδας ως επαγγελματικής δεξιότητας. Επιπλέον, προσφέρονται τεχνικές αυτοφροντίδας και ανακούφισης από το στρες με στόχο την ενσωμάτωσή τους στην επαγγελματική σας καθημερινότητα, προκειμένου να ενισχύσετε την ανθεκτικότητά σας και να αντιμετωπίσετε το στρες, όταν αυτό παρουσιάζεται.

Υποενότητες:

1. [Αναγνωρίζοντας σημάδια στρες και ψυχικής καταπόνησης](#)
2. [Η αυτοφροντίδα ως δεξιότητα](#)
3. [Πρακτικές στρατηγικές για τη διαχείριση και τη μείωση του στρες](#)

1. Αναγνωρίζοντας σημάδια στρες και ψυχικής καταπόνησης

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα τεστ αυτοαξιολόγησης του επαγγελματικού άγχους και της εργασιακής ποιότητας ζωής, τα οποία μπορείτε να συμπληρώσετε κατά μόνας. Τέτοια εργαλεία ενδέχεται να φανούν χρήσιμα σε επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό που εργάζεται με μετανάστες και πρόσφυγες, και, ως εκ τούτου, ορισμένα από αυτά έχουν συμπεριληφθεί στην αγγλική γλώσσα στο  **Αποθετήριο** (βλέπε 4.2 - Έντυπο 1. «Κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL), 5^η Έκδοση» και Έντυπο 2. «Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης της Επαγγελματικής Ευεξίας»).

Παρ' όλα αυτά, συστήνεται ιδιαίτερη προσοχή στη χρήση τέτοιων τεστ αυτοαξιολόγησης. Από τη μια, μπορεί να σας δώσουν μια πρώτη εικόνα πάνω στην ψυχική σας κατάσταση, επιτρέποντάς σας να αναγνωρίσετε σημάδια υπερβολικού στρες. Εάν ωστόσο αισθάνεστε ότι χρειάζεστε βοήθεια στην

αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών της εργασίας σας στην ψυχική, σωματική και συναισθηματική σας κατάσταση, είναι σημαντικό να αναζητήσετε πρόσθετη και πολυεπίπεδη υποστήριξη.

Η τακτική εποπτεία, οι ομάδες υποστήριξης προσωπικού και η διεπιστημονική συνεργασία είναι ορισμένοι βέλτιστοι τρόποι για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση του στρες και της ψυχικής καταπόνησης σε περιβάλλοντα που εμπεριέχουν την κατά μέτωπο συνάντηση με τον ανθρώπινο πόνο. Επιπλέον, ενώ η αναζήτηση βοήθειας από εξειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας μπορεί να είναι σημαντική, υπάρχουν πολλοί ακόμη τρόποι πέρα από την ψυχοθεραπεία για να διατηρήσετε την ευεξία σας και να προλάβετε την επαγγελματική εξουθένωση.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες δηλώσεις/αναστοχαστικές προτάσεις που μπορούν να σας βοηθήσουν να προβληματιστείτε κριτικά σχετικά με την επαγγελματική σας ζωή, το εργασιακό σας περιβάλλον και τον αντίκτυπό τους στην ψυχική σας υγεία. Οι ερωτήσεις αυτές προέρχονται από διάφορα τεστ και μελέτες [1-3] και δεν προορίζονται για επίσημη κλινική χρήση. Δίνονται ως πρόσκληση εκκίνησης του ταξιδιού σας προς την «αυτοφροντίδα». Επομένως, μπορείτε να απαντήσετε με τον τρόπο που αισθάνεστε πιο άνετα (είτε μέσω γραπτού στοχασμού είτε απλώς αξιοποιώντας τα ως «τροφή για σκέψη»), χρησιμοποιώντας τη μορφή απαντήσεων ναι/όχι ή βαθμολογίες συχνότητας (ποτέ/σπάνια/μερικές φορές/συχνά/πολύ συχνά).



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας

Αφιερώστε λίγο χρόνο και στοχαστείτε σχετικά με την τρέχουσα επαγγελματική ή εθελοντική σας συνθήκη. Στη συνέχεια, σκεφτείτε τις ακόλουθες προτάσεις:

- Είμαι ευτυχισμένος/-η.
- Με απασχολούν περισσότερα από ένα άτομα με τα οποία συνεργάζομαι/υποστηρίζω.
- Αισθάνομαι συνδεδεμένος/-η με τους άλλους.
- Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματία ή εθελοντής/-τρια.
- Από θυμό ή απογοήτευση για καταστάσεις που βιώνω, τείνω να υπερεκτιμώ ή/και να υπερφορτώνω τον εαυτό μου.

(συνέχεια στην επόμενη σελίδα)

- Δεν είμαι τόσο παραγωγικός/-ή στη δουλειά μου επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών ενός ατόμου με το οποίο συνεργάζομαι/υποστηρίζω.
- Αισθάνομαι παγιδευμένος/-η από τη δουλειά μου ως επαγγελματίας ή εθελοντής/-τρια.
- Σκέφτομαι να εγκαταλείψω την απασχόλησή μου, επειδή δεν μπορώ να βοηθήσω ή να κάνω όσα θα ήθελα.
- Εξαιτίας της εργασίας μου αισθάνομαι «στην τσίτα» για διάφορα πράγματα.
- Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα ενός ατόμου με το οποίο συνεργάζομαι/υποστηρίζω.
- Ανησυχώ ότι μπορεί να πυροδοτηθούν δικές μου τραυματικές εμπειρίες.
- Ανησυχώ μήπως δεν μπορώ να θέσω επαρκώς όρια.
- Δείχνω ενσυναίσθηση αλλά μπορώ να κρατήσω αποστάσεις.
- Ανησυχώ μήπως με «κατακλύσουν» πάρα πολλά αιτήματα και δεν μπορέσω να ανταποκριθώ σε όλα.
- Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/-η.
- Έχω θετικές σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα με τα οποία συνεργάζομαι/υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω.
- Αισθάνομαι υπερφορτωμένος/-η, επειδή το φορτίο των υποθέσεων που διαχειρίζομαι μου φαίνεται ατελείωτο.
- Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσα από τη δουλειά μου.
- Ως αποτέλεσμα της δουλειάς μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.
- Αισθάνομαι «βαλτωμένος/-η» από το σύστημα.
- Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.
- Αυτήν την περίοδο αξιοποιώ πρακτικές ευεξίας, ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και αυτοφροντίδας.

Το παρόν εργαλείο έχει αντληθεί και προσαρμοστεί από το εγχειρίδιο
[Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung](#)
(«Θεραπευτικά Εργαλεία: Ψυχοθεραπεία για άτομα με μεταναστευτική και προσφυγική εμπειρία»)

2. Η αυτοφροντίδα ως δεξιότητα

Όπως υποδηλώνει ο τίτλος αυτής της ενότητας, **η φροντίδα του εαυτού σας είναι μια δεξιότητα που μπορείτε να καλλιεργήσετε**. Ενώ μπορεί να αισθάνεστε ότι το στρες προκαλείται από εξωτερικούς παράγοντες ή ότι αποτελεί εγγενές κομμάτι της προσωπικότητάς σας, στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορείτε να ενισχύσετε τη φυσική σας ικανότητα να το διαχειρίζεστε. **Η αυτοφροντίδα αναφέρεται στη διατήρηση μιας λεπτής ισορροπίας ανάμεσα στη φροντίδα που προσφέρετε στους άλλους (η οποία αποτελεί ίσως τον πυρήνα της εργασίας σας με μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς) και τη φροντίδα που προσφέρετε στον εαυτό σας (για λεπτομέρειες**

σχετικά με το πώς μπορεί να μοιάζει αυτό στην πράξη, βλ. Εικόνα 4.2.1). Η φροντίδα του εαυτού είναι προϋπόθεση για τη φροντίδα των άλλων. Δεν είναι τυχαίο ότι οι οδηγίες ασφαλείας πριν από κάθε πτήση επαναλαμβάνουν το εξής: «Φορέστε πρώτα τη δική σας μάσκα οξυγόνου προτού βοηθήσετε άλλα άτομα!».

Εικόνα 4.2.1. «Βασικές πρακτικές αυτοφροντίδας για επαγγελματίες και εθελοντές/-τριες»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα του EU-MiCare με βάση πληροφορίες των Gräßer et al. (2013)

[Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hövermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.]

Εάν αντιμετωπίσετε τη φροντίδα του εαυτού ως μια δεξιότητα που είναι απαραίτητη για να φέρετε εις πέρας την εργασία σας (όπως ακριβώς οποιαδήποτε άλλη γνώση, δεξιότητα ή εμπειρία που αναγράφεται στο βιογραφικό σας σημείωμα), αυτό «ανοίγει» κάθε είδους ευκαιρίες για την καλλιέργεια και διατήρηση της δεξιότητας αυτής. Στην προσπάθειά σας αυτή, είναι σημαντικό να έχετε κατά νου ότι υπάρχουν συγκεκριμένα μοτίβα σκέψης που ενισχύουν το στρες (δηλ. «Πρέπει να τα κάνω όλα

τέλεια, αλλιώς θα απογοητεύσω τους άλλους» και «Δεν μπορώ να δείξω καμία αδυναμία γιατί αυτό θα με κάνει να φανώ ανίκανος/-η»). Τέτοια μοτίβα σκέψης μπορεί να μετατρέψουν φιλικές συμβουλές όπως το να τρώτε καλά, να λαμβάνετε επαρκείς ώρες ύπνου ή να ασκείστε, σε μια ακόμη πηγή πίεσης για την εκπλήρωση μιας εξωτερικής προσδοκίας συνεχούς αυτοβελτίωσης. Επομένως, είναι σημαντικό να βρείτε τρόπους να ενσωματώσετε αυτές τις συστάσεις στη ζωή σας, όχι ως πρόσθετες εργασίες στον κατάλογο με τις υποχρεώσεις σας, αλλά ως ευκαιρίες για ξεκούραση και για ευχάριστες, μη δομημένες ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

3. Πρακτικές στρατηγικές για τη διαχείριση και τη μείωση του στρες

Υπάρχουν πολλά εργαλεία, στρατηγικές και ασκήσεις για τη διαχείριση και τη μείωση του στρες. Κάποια είναι τόσο απλά όσο το να κάνετε πραγματικά διαλείμματα κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας σας, να παίρνετε μια απόσταση κατά τη διάρκεια του μεσημεριανού διαλείμματος, κάνοντας έναν σύντομο περίπατο ή τρώγοντας με τους συναδέλφους σας (με την κοινή δέσμευση να μη μιλάτε για δουλειά!), να ανοίγετε τακτικά τα παράθυρα για να κυκλοφορεί φρέσκος αέρας στο δωμάτιο. Αυτές οι μικρές ενέργειες μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της συνολικής σας ευεξίας και στη δημιουργία ενός πιο ισορροπημένου εργασιακού περιβάλλοντος.

Κατανοώντας τι κάνετε καθημερινά

Στον πίνακα που ακολουθεί [3], θα βρείτε επιπλέον πληροφορίες για πρακτικές δραστηριότητες που μπορείτε να ενσωματώσετε στην καθημερινότητά σας.

Πιθανές παρεμβάσεις για τη διαχείριση του στρες	Το κάνω ήδη αυτό!	Θα ήθελα να του δώσω μεγαλύτερη προσοχή...
Παρακολουθώ τα επίπεδα του στρες μου και αναλαμβάνω έγκαιρα δράση για την αντιμετώπισή τους.		
Παίρνω σοβαρά υπόψη μου τα προειδοποιητικά σημάδια που εμφανίζονται στο σώμα μου (π.χ. κόπωση, ταχυπαλμία).		

Έχω μια σαφή διαχείριση του χρόνου μου, έχοντας εντάξει διαλείμματα στις καθημερινές ρουτίνες μου.		
Θέτω ξεκάθαρες προτεραιότητες κατά τη διάρκεια των ωρών εργασίας μου.		
Γνωρίζω τα όριά μου και τα τηρώ.		
Καλλιεργώ τις κοινωνικές μου σχέσεις και επαφές.		
Χρησιμοποιώ τεχνικές χαλάρωσης ή διαδικασίες προσανατολισμένες στη λύση/τα αποθέματα.		
Είμαι καλός/-ή στο να αποστασιοποιούμαι και έχω το δικό μου τελετουργικό αποστασιοποίησης (π.χ. βγαίνω καθημερινά για έναν ημίωρο περίπατο στο διάλειμμα από τη δουλειά).		
Συμμετέχω σε τακτικές συναντήσεις εποπτείας.		
Συμμετέχω τακτικά σε εκπαιδευτικά προγράμματα/διαδικασίες κατάρτισης και ενισχύω τις επαγγελματικές μου δεξιότητες.		
Αθλούμαι και γυμνάζομαι τακτικά.		
Έχω ένα χόμπι.		
Έχω χρόνο για ωραία πράγματα, τα οποία αποτελούν σταθερό κομμάτι στο ημερολόγιό μου.		
Έχω τη δυνατότητα να μιλήσω αμέσως με τους συναδέλφους μου αν κάτι με απασχολεί, π.χ. κατά τη διάρκεια ενός καφέ ή στο τηλέφωνο.		
Αισθάνομαι ελεύθερος/-η να αντιμετωπίσω τις δικές μου δυσκολίες με τον εργοδότη ή τον προϊστάμενό μου.		
Δεν δίνω υποσχέσεις που δεν μπορώ να τηρήσω.		
Αναθέτω καθήκοντα που δεν ανήκουν στον τομέα ευθύνης μου ή για τα οποία άλλοι είναι πιο εξειδικευμένοι.		
Είμαι καλός/-ή στο να λέω «όχι» και το κάνω.		
Έχω σαφή περιγραφή της θέσης εργασίας μου και τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητές μου είναι ξεκάθαρα σε εμένα.		

Βελτίωση του ύπνου σας

Ένας από τους πυλώνες της αυτοφροντίδας είναι ο επαρκής και καλός ύπνος. Παρακάτω μπορείτε να βρείτε έναν κατάλογο συμβουλών [4] για τη διατήρηση υγιεινών συνηθειών ύπνου.

Συμβουλές για υγιή ύπνο

1. Προσέξτε αν νιώθετε ότι απογοητεύετε τη νύχτα, επειδή δεν μπορείτε να κοιμηθείτε. Αυτή η ενόχληση και η ανησυχία μπορεί να έχει διεγερτική επίδραση παρόμοια με την καφεΐνη. Προσπαθήστε να αποφεύγετε να κοιτάτε το ρολόι κατά τη διάρκεια της νύχτας.
2. Χρησιμοποιήστε ασκήσεις ενσυνειδητότητας καθημερινά μέχρι να λειτουργήσουν καλά για εσάς. Γράψτε τυχόν ανησυχίες σε ένα χαρτί δίπλα στο κρεβάτι σας για να τις βγάλετε από το μυαλό σας μέχρι την επόμενη μέρα.
3. Μάθετε τεχνικές χαλάρωσης και διαλογισμού, όπως οι καθοδηγούμενες οπτικοποιήσεις και η Προοδευτική Μυϊκή Χαλάρωση (PMR). Πειραματιστείτε με διάφορες μεθόδους για να ανακαλύψετε τι σας βοηθάει να αποκοιμηθείτε πιο εύκολα και βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου σας.
4. Ασκηθείτε κατά τη διάρκεια της ημέρας (όχι το βράδυ) για να μειώσετε το στρες, να επιτύχετε ισορροπία και να νιώσετε σωματική κόπωση η οποία θα σας βοηθήσει να κοιμηθείτε με ευκολία.
5. Πηγαίνετε για ύπνο μόνο όταν νυστάζετε πραγματικά και αισθάνεστε έτοιμοι/-ες για ύπνο. Χρησιμοποιήστε το υπνοδωμάτιο και το κρεβάτι σας μόνο για δραστηριότητες που έχουν να κάνουν με τον ύπνο (εκτός από τη σεξουαλική δραστηριότητα).
6. Μειώστε τον χρόνο που περνάτε στο κρεβάτι. Υπολογίστε τον πραγματικό χρόνο ύπνου σε σχέση με τον χρόνο που περνάτε ξαπλωμένοι/-ες στο κρεβάτι, για παράδειγμα 5 από τις 7 ώρες. Αν θέλετε να σηκωθείτε στις 7 το πρωί, πηγαίνετε για ύπνο στις 2 π.μ. Αυτό μπορεί να είναι κουραστικό την πρώτη εβδομάδα, αλλά θα κοιμάστε πιο γρήγορα και θα κοιμάστε όλη τη νύχτα. Όταν το σώμα σας συνηθίσει να κοιμάται χωρίς να ξυπνάει για 5 ώρες, μπορείτε να αυξήσετε σιγά-σιγά τον χρόνο που περνάτε στο κρεβάτι.
7. Μην κοιμάστε κατά τη διάρκεια της ημέρας.
8. Σηκωθείτε την ίδια ώρα κάθε μέρα, ανεξάρτητα από το πόσο κοιμηθήκατε κατά τη διάρκεια της νύχτας ή πόσο ξεκούραστοι αισθάνεστε.
9. Μην κοιτάτε οθόνες με οπίσθιο φωτισμό (κινητό τηλέφωνο, υπολογιστής) τις τελευταίες 2 ώρες πριν πάτε για ύπνο. Το μπλε φως που εκπέμπουν αναστέλλει την απελευθέρωση μελατονίνης που σας κάνει να νυστάζετε.
10. Μην καταναλώνετε αλκοόλ τις τελευταίες 2 ώρες πριν πάτε για ύπνο. Μην πίνετε ροφήματα με καφεΐνη (τσάι, καφέ, κόλα, ενεργειακά ποτά) για τουλάχιστον 6 ώρες πριν πάτε για ύπνο. Αποφύγετε το κάπνισμα τις τελευταίες ώρες πριν πάτε για ύπνο.
11. Πηγαίνετε για ύπνο με μια θετική σκέψη (Τι ήταν ωραίο σήμερα; Για ποιο πράγμα είμαι ευγνώμων;). Αναπτύξτε ένα τακτικό τελετουργικό για τον ύπνο που σας επισημαίνει ότι πλησιάζει η ώρα του ύπνου.
12. Όταν πάτε για ύπνο, σβήστε το φως με την πρόθεση να κοιμηθείτε. Μερικοί άνθρωποι βρίσκουν χρήσιμο να πάνε σε άλλο δωμάτιο αν δεν μπορούν να κοιμηθούν, να ασχοληθούν με μια ευχάριστη, ήσυχη δραστηριότητα μέχρι να νιώσουν υπνηλία και στη συνέχεια να επιστρέψουν στην κρεβατοκάμαρα.
13. Αν το έχετε συνηθίσει, φάτε ένα μικρό σνακ πριν πάτε για ύπνο για να μην πεινάσετε κατά τη διάρκεια της νύχτας.

14. Εάν εξακολουθείτε να έχετε προβλήματα ύπνου, μιλήστε με έναν γιατρό ή/και ψυχολόγο/ψυχοθεραπευτή για να εξετάσετε το ενδεχόμενο θεραπείας, φαρμακευτικής αγωγής ή/και περαιτέρω διερεύνησης σε εργαστήριο ύπνου.

Ενσωμάτωση της ενσυνειδητότητας (mindfulness)

Η ενσυνειδητότητα μπορεί να αποτελέσει μια άλλη αποτελεσματική πρακτική αυτοφροντίδας, καθώς προωθεί τη μεγαλύτερη συνειδητοποίηση της παρούσας στιγμής. Οι τεχνικές ενσυνειδητότητας μπορούν να ενισχύσουν τη συναισθηματική ρύθμιση, να βελτιώσουν την εστίαση και να καλλιεργήσουν την αίσθηση ηρεμίας, συμβάλλοντας τελικά στη συνολική ευεξία.

→ **BINTEO**: [Ενσυνειδητότητα: Προσπάθεια επίτευξης της ευεξίας](#) (EN) 

Πρώθηση ενός υγιούς και ασφαλούς ψηφιακού περιβάλλοντος

Τα smartphones είναι συχνά απαραίτητα εργαλεία για τους/-ες εργαζόμενους/-ες στο πεδίο, αλλά είναι πραγματική τέχνη να μπορείς να τα χρησιμοποιείς με σύνεση. Πολλοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται το smartphone τους ως μια σημαντική πηγή στρες.

Η αίσθηση ότι είστε συνεχώς διαθέσιμοι/-ες μπορεί να οδηγήσει σε μια κατάσταση διαρκούς εγρήγορσης, συμβάλλοντας στα συνολικά επίπεδα στρες στα οποία είστε εκτεθειμένοι/-ες. Εδώ μπορείτε να βρείτε μερικές χρήσιμες συμβουλές για μια πιο υγιεινή χρήση του τηλεφώνου σας [5].

Συμβουλές για ψηφιακή ενσυνειδητότητα

1. Χρησιμοποιήστε τη λειτουργία πτήσης ή τη λειτουργία «Μην ενοχλείτε» και κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μπορείτε να εξακολουθείτε να βλέπετε ορισμένες ειδοποιήσεις, π.χ. υπενθυμίσεις ραντεβού.
2. Ρυθμίστε το τηλέφωνο σε λειτουργία «Μην ενοχλείτε» για ένα τακτικό χρονικό διάστημα, π.χ. από τις 9 μ.μ. έως τις 8 π.μ.
3. Ενημερώστε τους άλλους για τις ώρες της ημέρας κατά τις οποίες θα είστε εκτός σύνδεσης. Έτσι θα αποφύγετε την απογοήτευση και θα έχετε ένα επιπλέον κίνητρο για να μείνετε εκτός σύνδεσης.
4. Απενεργοποιήστε τις ειδοποιήσεις push.
5. Χρησιμοποιήστε εφαρμογές (π.χ. «Quality Time», «Offtime», «Forest») για να αναλύσετε τα πρότυπα χρήσης σας και λάβετε αποφάσεις με βάση αυτά.

6. Να είστε γενναίοι: απεγκαταστήστε τις εφαρμογές μέσω κοινωνικής δικτύωσης.
7. Απαντάτε σε μηνύματα και email μόνο 1-3 φορές την ημέρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις αρκεί να απαντάτε στα email μία φορά το πρωί.
8. Δοκιμάστε την ψηφιακή αποτοξίνωση. Απενεργοποιήστε το smartphone σας για ένα ολόκληρο βράδυ, μια ολόκληρη ημέρα ή ακόμη και μια ολόκληρη εβδομάδα. Εξετάστε το ενδεχόμενο να πάτε σε ένα πολύημερο καταφύγιο ενσυνειδητότητας/διαλογισμού που περιλαμβάνει ψηφιακή αποτοξίνωση.
9. Χρησιμοποιήστε τους ήχους κλήσης και τις ειδοποιήσεις σας ως έναυσμα για ασκήσεις αναπνοής/ενσυνειδητότητας: κάθε φορά που χτυπάει το smartphone σας ή σας ειδοποιεί, εισπνέετε, εκπνέετε και χαμογελάτε πριν απαντήσετε (ή αποφασίσετε να απαντήσετε αργότερα!).
10. Καθορίστε την τουαλέτα ως ζώνη χωρίς smartphone. Χρησιμοποιήστε το ως ένα μέρος για να ξεκουράσετε το μυαλό σας.
11. Ο κοινός χρόνος που μοιράζεστε με τους άλλους είναι χρόνος χωρίς smartphone: βεβαιωθείτε ότι το smartphone σας δεν εμφανίζει μηνύματα και ειδοποιήσεις ενώ είστε σε δια ζώσης επαφή με άλλα άτομα.

Ανάπτυξη του δικού σας σχεδίου αυτοφροντίδας

Η καθιέρωση ενός σχεδίου αυτοφροντίδας είναι επίσης μια καλή ιδέα. Δοκιμάστε αυτό το ερωτηματολόγιο για να φτιάξετε το δικό σας [6].

☉ **Καίριο σημείο:** Ενδεικτικές ερωτήσεις για να καταρτίσετε το δικό σας σχέδιο αυτοφροντίδας

- ♦ **Δομή:** Τι θέλω να προσέξω όσον αφορά τη δομή των ημερών και της εβδομάδας μου; Πότε θα τελειώσω τη δουλειά μου; Τι κάνω μετά τη δουλειά;
- ♦ **Κοινωνική αλληλεπίδραση & Κοινωνική ικανότητα:** Ποιος/-α είναι σημαντικός/-ή για μένα; Πόσο συχνά θέλω να βλέπω αυτό το άτομο; Τι θέλω να μάθω από την επαφή μου με τους άλλους;
- ♦ **Αθλητισμός & Άσκηση:** Πότε και πόσο συχνά θέλω να αθλούμαι/ασκούμαι και με ποιον/-α;
- ♦ **Τα όμορφα πράγματα στη ζωή:** Ποιες δραστηριότητες (τέχνη, μουσική, δημιουργικότητα, αισθησιακές εμπειρίες, χιούμορ, σιωπή, οικειότητα/σεξ, κηπουρική, τεχνικές χαλάρωσης, αγκαλιές - συμπεριλαμβανομένων των κατοικίδιων ζώων, προγραμματισμός διακοπών/περιπετειών, ψυχαγωγία, βίωση της χάρης, μαγείρεμα/φαγητό, χρόνος στη φύση κ.λπ.) θέλω να διατηρήσω ή να επεκτείνω; Πώς;
- ♦ **Αίσθηση του σκοπού («ζώντας τις αξίες σας»):** Τι είναι σημαντικό για μένα; Σε τι θέλω να αφιερώσω περισσότερο χρόνο (να κάνω σε κάποιον/-α μια χάρη, να διδάξω κάποιον/-α, να «δώσω τον εαυτό μου» σε κάποιον χωρίς να θυσιάσω τον εαυτό μου, εθελοντισμός, πνευματικότητα/θρησκεία, αλληλεπίδραση με ομοϊδεάτες μου κ.λπ.)
- ♦ **Ύπνος:** Σε τι θέλω να δώσω προσοχή; (βλ. «Συμβουλές για υγιεινό ύπνο» παραπάνω)

- ♦ **Ανησυχίες & Μηρυκασμός:** Πώς θέλω να αντιμετωπίσω τις ανησυχίες, τον μηρυκασμό των προβλημάτων και τα υποβόσκοντα συναισθήματα;
- ♦ **Αυτοπειθαρχία:** Πόσο θέλω να βγω από τη ζώνη άνεσής μου (comfort zone); Για ποιους λόγους; Πόσο συχνά;
- ♦ **Αυτοαναστοχασμός:** Δυνατά και αδύνατα σημεία: τι πρέπει να προσέξω στον εαυτό μου; Πώς ασκώ πίεση στον εαυτό μου; Ποια από τις συμπεριφορές μου θέλω να αμφισβητήσω; Ποια είναι τα «κόκκινα κουμπιά» που οι άλλοι τείνουν να μου πατάνε; Τι μπορώ να κάνω όταν ενεργοποιηθούν;
- ♦ **Αυτοσυμπόνια & Αυτοαποδοχή:** Πώς μπορώ να γίνω ο καλύτερός μου φίλος; Ποια είναι μερικά από τα παλιά «αυτόματα μηνύματα» που με κάνουν να νιώθω άσχημα για τον εαυτό μου και τα οποία θέλω να εγκαταλείψω; Πώς κάνω πράξη την αυτοαποδοχή; Πώς μπορώ να δείξω στον εαυτό μου ότι μου αρέσει ο εαυτός μου; Ποια εσωτερική αντίσταση σε αυτό πρέπει να εγκαταλείψω;

Τι άλλο είναι σημαντικό για μένα;

Στο  **Αποθετήριο** διατίθεται μια συλλογή από εργαλεία στην αγγλική γλώσσα (βλέπε 4.2 - Έντυπο 3. «Πρόσθετα εργαλεία για την αυτοφροντίδα»). Από ασκήσεις βαθιάς αναπνοής και πρακτικές διαλογισμού μέχρι ολοκληρωμένους οδηγούς για τη διαχείριση του δευτερογενούς τραύματος και εφαρμογές για κινητά τηλέφωνα που έχουν σχεδιαστεί για την υποστήριξη της ψυχικής υγείας, τα εργαλεία αυτά μπορεί να αποτελέσουν πολύτιμα πρώτα βήματα για την ενίσχυση της ευεξίας σας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Stamm, B. H. (2009–2012). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Retrieved July 31, 2024, from <https://proqol.org/>
- [2] Lusk, M., & Terrazas, S. (2021). Ameliorating stress and burnout among professionals who work with migrants and refugees. *Journal of Human Services: Training, Research, and Practice*, 7(2), Article 3. Retrieved July 31, 2024, from <https://scholarworks.sfasu.edu/jhstrp/vol7/iss2/3>
- [3] Gräßer, M., Iskenius, E.-L., & Hovermann, E., Jr. (2017). *Therapie-Tools Psychotherapie für Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung*. Weinheim: Beltz.
- [4] Psychologists for Future. (2019a). 19 Tipps für gesunden Schlaf. Retrieved May 14, 2024, from <http://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/02/Psy4F-19-Tipps-f%C3%BCr-gesunden-Schlaf-Jul2019.pdf>
- [5] Psychologists for Future. (2019b). Digitale Achtsamkeit. 11 Alltagstipps für Engagierte. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf
- [6] Psychologists for Future. (2019c). Meine persönliche Selbstfürsorge: Arbeitsblatt zu den 10 Säulen der Selbstfürsorge. Retrieved May 14, 2024, from https://www.psychologistsforfuture.org/wp-content/uploads/2020/04/20-04_Psy4F-Digitale-Achtsamkeit-Sept2019.pdf

Ενότητα 4.3: Φροντίδα προσωπικού

Επισκόπηση ενότητας

Η παρούσα ενότητα εξετάζει κάποιους από τους τρόπους μέσω των οποίων οι εργοδότες και οι οργανισμοί μπορούν να εκπληρώσουν αποτελεσματικά το καθήκον φροντίδας τους προς το προσωπικό τους. Δίνει έμφαση στη σημασία της δημιουργίας ευνοϊκών συνθηκών εργασίας, ενώ παράλληλα προσφέρει στρατηγικές και ιδέες σχετικά με το τι μπορούν να κάνουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στο πεδίο για να υποστηρίξουν μια κουλτούρα φροντίδας στα πλαίσια δραστηριοποίησής τους. Η ενότητα αγγίζει επίσης τις ιδιαιτερότητες της εργασίας του εθελοντικού προσωπικού (η οποία συχνά λαμβάνει χώρα σε «ανεπίσημα» ή λιγότερο οργανωμένα πλαίσια), προσφέροντας συγκεκριμένες προτάσεις για τον καθορισμό και την επικοινωνία των ορίων.

Υποενότητες:

1. [Εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας του προσωπικού](#)
2. [Υποστηρικτικές δομές στον χώρο εργασίας](#)
3. [Από την ατομική στην ομαδική ανθεκτικότητα και την ανθεκτικότητα του οργανισμού](#)
4. [Καθορισμός και επικοινωνία ορίων: Ιδιαιτερότητες της εθελοντικής εργασίας](#)

1. Εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας του προσωπικού

Ιδανικά, η φροντίδα του προσωπικού είναι ένα πολύπλευρο σύστημα εργαλείων, πρακτικών και δομών του οργανισμού που ενσωματώνονται στον χώρο εργασίας. Η συνολική εφαρμογή της φροντίδας του προσωπικού θα πρέπει να στοχεύει στην υποστήριξη των εργαζομένων στο πεδίο τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, τόσο ατομικά όσο και στο πλαίσιο των ομάδων τους. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η φροντίδα του προσωπικού είναι η υποχρέωση του εργοδότη να φροντίζει στην πράξη. Δεν πρόκειται για ένα μέτρο που λαμβάνεται για έναν συγκεκριμένο και μόνο σκοπό (ad hoc) ή ένα μέτρο έκτακτης ανάγκης όταν τα πράγματα πάνε στραβά, αλλά για μια συνεχή, προληπτική προσπάθεια για τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας όλων των εργαζομένων και των εθελοντών.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένα απαραίτητα στοιχεία για την πρόληψη των κινδύνων για την ευεξία του προσωπικού και για την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας [1]:

1. Ο οργανισμός οφείλει να αναγνωρίσει τη σημασία της φροντίδας του προσωπικού.
2. Ο οργανισμός οφείλει να αναπτύξει ένα λειτουργικό πλαίσιο φροντίδας του προσωπικού εντός των συστημάτων του.
3. Το λειτουργικό πλαίσιο φροντίδας του προσωπικού που αναπτύσσει ο οργανισμός οφείλει να είναι ευαίσθητο ως προς την κουλτούρα, το πλαίσιο και το φύλο.
4. Ο οργανισμός οφείλει να αναπτύξει εγγράφως μια πολιτική φροντίδας του προσωπικού.
5. Ο οργανισμός οφείλει να προωθήσει μια κουλτούρα πρακτικών φροντίδας του προσωπικού και την αντίληψη ότι θα ανταποκριθεί υποστηρικτικά στις ανάγκες φροντίδας του προσωπικού.
6. Ο οργανισμός οφείλει να αξιολογεί τακτικά τις ανάγκες φροντίδας του προσωπικού του.
7. Ο οργανισμός οφείλει να διευκολύνει τις πρακτικές αυτοφροντίδας των μελών του προσωπικού.
8. Ο οργανισμός οφείλει να ενσωματώσει τη φροντίδα του προσωπικού στις διαδικασίες σχεδιασμού και κατάρτισης του προϋπολογισμού.

© **Καίριο σημείο:** Θεμέλια ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας προσωπικού

Διάφορα βασικά στοιχεία της διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων συμβάλλουν στη θεμελίωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος φροντίδας προσωπικού [2]. Αυτά περιλαμβάνουν:

- **Ακριβείς και επικαιροποιημένες περιγραφές θέσεων εργασίας.** Αυτές θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι οι εργαζόμενοι/-ες δεν καλούνται να εμπλακούν σε δραστηριότητες που έρχονται σε αντίθεση με τη δεοντολογική τους πρακτική, συμπεριλαμβανομένου του επαγγελματικού απορρήτου (για παράδειγμα, παρακολούθηση των χρηστών υπηρεσιών ή ενημέρωση των μεταναστευτικών αρχών).
- **Καθιερωμένες επαφές με εξωτερικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση κρίσιμων περιστατικών.**

- Τακτική ανταλλαγή εμπειριών και προβληματισμός εντός της ομάδας και με τη διοίκηση, συμπεριλαμβανομένης της τεκμηρίωσης των αποτελεσμάτων (βελτίωση της ποιότητας).
- Κατάλληλη αναλογία προσωπικού προς εξυπηρετούμενους/χρήστες υπηρεσιών.
- Κατανομή χρόνου για σχετική μελέτη, σχεδιασμό, προβληματισμό, δικτύωση και ανάπτυξη πολιτικής.
- Κατάλληλες ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής στήριξης και του χρόνου.
- Κατανομή χρόνου για επαγγελματικές συνεργασίες και συλλογικές ανταλλαγές πέραν του οργανισμού.
- Υποστήριξη μέσω επαγγελματικής εποπτείας (συμπεριλαμβανομένων των απαραίτητων οικονομικών πόρων και χρόνου), ιδίως σε τομείς όπου οι εργαζόμενοι/-ες έρχονται συχνά αντιμέτωποι/-ες με ιδιαίτερα επώδυνες ιστορίες/αφηγήσεις.
- Χρόνος για ομαδικό αναστοχασμό.

2. Υποστηρικτικές δομές στον χώρο εργασίας

Η κατανόηση της σημασίας της υποστήριξης στον χώρο εργασίας είναι ζωτική για τους εργαζόμενους στο πεδίο, καθώς επηρεάζει άμεσα την ψυχική τους υγεία και την ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους. Η αναγνώριση ότι οι εργοδότες έχουν την ευθύνη να δημιουργήσουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον βοηθά τους εργαζόμενους στο πεδίο να υπερασπίζονται τις ανάγκες τους και να συμβάλλουν σε μια κουλτούρα ευεξίας. Όταν το προσωπικό γνωρίζει τα δικαιώματά του για υποστήριξη και πόρους, είναι πιο πιθανό να αναζητήσει βοήθεια όταν τη χρειάζεται. Πώς μοιάζει όμως αυτό στην πράξη;

Υποστήριξη μιας κουλτούρας φροντίδας

Η διασφάλιση του καθήκοντος φροντίδας του εργοδότη περιλαμβάνει τη δημιουργία συνθηκών που μειώνουν ενεργά το στρες και αποτρέπουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του στην ψυχική υγεία. Στην πράξη, αυτό επιτυγχάνεται μέσω της προσφοράς έγκαιρης, τακτικής και υψηλής ποιότητας

συναντήσεων απολογισμού, εποπτείας και ομαδικού αναστοχασμού. Η έλλειψη υποστήριξης μέσω εποπτείας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι στο πεδίο να αποσυνδέονται διανοητικά από τον ρόλο τους και τον χώρο εργασίας τους. Οι τακτικές και αξιόπιστες συναντήσεις βοηθούν το προσωπικό να αναπτύξει εμπιστοσύνη, ενώ παράλληλα το ενθαρρύνουν να αναζητήσει επαγγελματική υποστήριξη και αμφίδρομη ανατροφοδότηση [3].

Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις συμπληρώνουν τις επίσημες απολογιστικές συναντήσεις, την εποπτεία και τις διαδικασίες αναστοχασμού, βοηθώντας το επαγγελματικό και εθελοντικό προσωπικό να αισθάνεται μεγαλύτερη ασφάλεια ακόμη και σε δύσκολες καταστάσεις. **Αυτές οι ευκαιρίες σύνδεσης, σε συνδυασμό με την επίσημη υποστήριξη, συμβάλλουν σε μια ισχυρότερη αίσθηση σταθερότητας και συνοχής της ομάδας.** Παραδείγματα τέτοιων αλληλεπιδράσεων περιλαμβάνουν:

- Γιορτάστε τις επιτυχίες (ακόμη και τις μικρές) για να εκτιμήσετε τη συμβολή όλων.
- Οργανώστε δραστηριότητες ομαδικής ανάπτυξης που περιλαμβάνουν κοινωνική αλληλεπίδραση (κατά τη διάρκεια, αλλά και εκτός ωραρίου εργασίας). Αυτές δεν πρέπει να επικεντρώνονται στις λεπτομέρειες της υπόθεσης ή στις αρνητικές πτυχές της εργασίας και μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν αγαπημένα πρόσωπα.
- Πραγματοποιήστε εμπιστευτικές συναντήσεις ομάδων υποστήριξης για τη δημιουργία ενός ασφαλούς χώρου όπου οι επαγγελματίες μπορούν να συζητήσουν δύσκολες υποθέσεις και τις ψυχικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της εργασίας τους. Η ενημέρωση με χαμηλό αντίκτυπο είναι μια πιθανή τεχνική για τη διευκόλυνση αυτής της διαδικασίας (βλ. στη συνέχεια).

 **Διάλειμμα για αναστοχασμό:** Εξασκηθείτε στη στρατηγική ενημέρωσης χαμηλού αντικτύπου (*low impact debriefing*) με έναν/μια συνάδελφο

Η ενημέρωση/απολογιστική αναφορά χαμηλού αντικτύπου* είναι μια υποστηρικτική τεχνική που έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει τις συζητήσεις σχετικά με δύσκολες εμπειρίες, διασφαλίζοντας ότι ο ακροατής συναινεί και έχει επίγνωση της συζήτησης.

(συνέχεια στην επόμενη σελίδα)

Αυτή η μέθοδος έχει σχεδιαστεί για να είναι λιγότερο έντονη από την παραδοσιακή ενημέρωση/απολογιστική αναφορά και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε επαγγέλματα με υψηλό στρες, όπως η υγειονομική περίθαλψη, η κοινωνική εργασία ή η αντιμετώπιση έκτακτης ανάγκης. Αποτελείται από τέσσερα βήματα:

- **ΒΗΜΑ 1. Αυξημένη αυτογνωσία:** Έχετε υπόψη σας ότι η καθημερινή έκθεση σε δύσκολες ιστορίες μπορεί να οδηγήσει σε απευαισθητοποίηση, καθιστώντας ευκολότερο να παραβλέψετε τον βαθύ αντίκτυπο που μπορεί να έχουν συγκεκριμένες εμπειρίες σε άτομα που δεν ασχολούνται με αυτή τη δουλειά. Για τα άτομα που δεν ανήκουν στον τομέα της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών του ανθρώπου, αυτές οι λεπτομέρειες μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο. Ταυτόχρονα, οι λεπτομέρειες δεν είναι απαραίτητες για την επίτευξη των στόχων της ενημέρωσης.
- **ΒΗΜΑ 2. Έγκαιρη προειδοποίηση:** Όταν πρόκειται να αναφέρετε ξεκάθαρες λεπτομέρειες, ενημερώστε τον/την συνομιλητή/-ριά σας ότι αυτό που πρόκειται να του/της πείτε μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο σε αυτόν/-ή ή ακόμη και να τον/την σοκάρει (με άλλα λόγια, δώστε του/της μια «προειδοποίηση ευαίσθητου περιεχομένου»/content warning). Με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να προετοιμαστεί διανοητικά για το τι πρόκειται να ακούσει.
- **ΒΗΜΑ 3. Συναίνεση:** (Σχετίζεται στενά με το προηγούμενο σημείο) – Αφού δώσετε την προειδοποίηση ευαίσθητου περιεχομένου, ζητήστε από τον/την συνομιλητή/-ριά σας τη συγκατάθεσή του/της προκειμένου να ειπωθεί η ιστορία. Αυτό δίνει στον ακροατή την ευκαιρία να αρνηθεί να ακούσει τις λεπτομέρειες.
- **ΒΗΜΑ 4. Περιορισμένη αποκάλυψη:** Δοκιμάστε να αφηγηθείτε την ιστορία σας ξεκινώντας με ένα λιγότερο σαφές περίγραμμα. Εάν εξακολουθείτε να αισθάνεστε ότι πρέπει να μιλήσετε για τις λεπτομέρειες προκειμένου να επωφεληθείτε από την ενημέρωση/αναφορά, μπορείτε να συνεχίσετε με την επιφύλαξη των Βημάτων 2 και 3. Αυτό σας δίνει την ευκαιρία να εξετάσετε πόσες λεπτομέρειες χρειάζεται πραγματικά η ιστορία και πόσες μπορεί να διαχειριστεί ο/η συνομιλητής/-ριά σας.

Πηγή: tendtoolkit.com

*Μπορείτε επίσης να ανατρέξετε σε αυτό [το χρήσιμο έντυπο](#) στην αγγλική γλώσσα (διατίθεται επίσης στο [Αποθετήριο](#), βλέπε 4.3 - Έντυπο 1. «Ενημέρωση χαμηλού αντικτύπου»).

Πρόσθετα μέτρα από την πλευρά του εργοδότη σας για τον μετριασμό των επιπτώσεων του στρες μπορεί να περιλαμβάνουν την **εναλλαγή πολύπλοκων υποθέσεων, ώστε οι πιο σοβαρές υποθέσεις να κατανέμονται ομοιόμορφα μεταξύ του διαθέσιμου προσωπικού**. Η παροχή στους εργαζόμενους στο πεδίο κάποιου επιπέδου ελέγχου και ευελιξίας όσον αφορά το πρόγραμμά τους (π.χ. ευέλικτο ωράριο,

επιλογές απομακρυσμένης εργασίας κ.λπ.) τους βοηθά επίσης να εξισορροπήσουν καλύτερα την εργασία με την προσωπική τους ζωή.

Οι οργανισμοί μπορούν επίσης να προωθήσουν ένα υποστηρικτικό οργανωσιακό κλίμα σε διαρθρωτικό επίπεδο. Για παράδειγμα, η ρεαλιστική κάλυψη θέσεων εργασίας, η τακτική ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση και άλλες ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης, μεταξύ άλλων όσον αφορά την εργασία με άτομα που έχουν επιβιώσει από αντιξοότητες, μπορούν να έχουν προληπτική επίδραση στα επίπεδα στρες. Η ρεαλιστική κάλυψη θέσεων εργασίας μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη της συχνής εναλλαγής προσωπικού και των εργασιακών διαφορών [4]. Σημαίνει ότι οι απαιτήσεις της εργασίας πρέπει να επικοινωνούνται με σαφήνεια και διαφάνεια, συμπεριλαμβανομένης της ανοιχτής αντιμετώπισης των δύσκολων πτυχών της εργασίας.

Ομάδες εποπτείας και υποστήριξης προσωπικού

Η εποπτεία σε επαγγελματικά περιβάλλοντα (υγειονομική περίθαλψη, εκπαίδευση, κοινωνικές υπηρεσίες κ.λπ.) έχει διάφορες έννοιες. Σε πολλές περιπτώσεις, η εποπτεία θεωρείται ως μια διοικητική λειτουργία που επικεντρώνεται στην επίβλεψη των καθηκόντων, των αποτελεσμάτων και των επιδόσεων. Ωστόσο, στο πλαίσιο της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, η εποπτεία τείνει να ενσωματώνει μια πιο υποστηρικτική και συνεργατική σχέση μεταξύ του επόπτη και του/των εποπτευόμενου/-ων. Εδώ, η έμφαση δίνεται στη δημιουργία ενός ασφαλούς χώρου που συμβάλλει στην προώθηση της επαγγελματικής ανάπτυξης, της τεχνικής ικανότητας και της προσωπικής ευεξίας. Η σχέση αυτή επιτρέπει στους επαγγελματίες να προβληματίζονται με κριτική ματιά σχετικά με την εργασία τους, ενισχύοντας όχι μόνο την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν, αλλά και την ψυχολογική ανθεκτικότητα των ομάδων τους [3,5].

Το σύγχρονο μοντέλο εποπτείας έχει μη κατευθυντικό χαρακτήρα, όπου ο επόπτης επιβεβαιώνει τους ήδη υπάρχοντες πόρους, τις ικανότητες, τα δυνατά σημεία, τις στρατηγικές και την πορεία που ακολουθεί το επαγγελματικό ή εθελοντικό προσωπικό αντί να το κατευθύνει [6]. Αυτό είναι παρόμοιο με τη σχέση που οι επαγγελματίες ενθαρρύνονται να διατηρούν με τους ανθρώπους με τους οποίους

εργάζονται: μια σχέση που βασίζεται στον σεβασμό της αυτονομίας και της πολυπλοκότητάς τους. Οι ομάδες εποπτείας προσπαθούν να αποκαταστήσουν μέρος αυτής της πολυπλοκότητας μέσω δομημένων πλαισίων εργασίας, όπως το «Πλέγμα Αντιξοοτήτων» (βλ. [Μάθημα 1, Ενότητα 1.3](#) καθώς και μια πιο λεπτομερή ανάλυση στην αγγλική γλώσσα στο  [Αποθετήριο, 1.3 - Έντυπο 1. «Το Πλέγμα Αντιξοοτήτων: Μια λεπτομερής ανάλυση»](#)). Τέτοια πλαίσια μπορούν να μας καθοδηγήσουν όσον αφορά την πολυπλοκότητα της εργασίας μας και να μας βοηθήσουν να υπερβούμε τις περιοριστικές διχοτομήσεις που συζητήθηκαν στην Ενότητα 4.1.

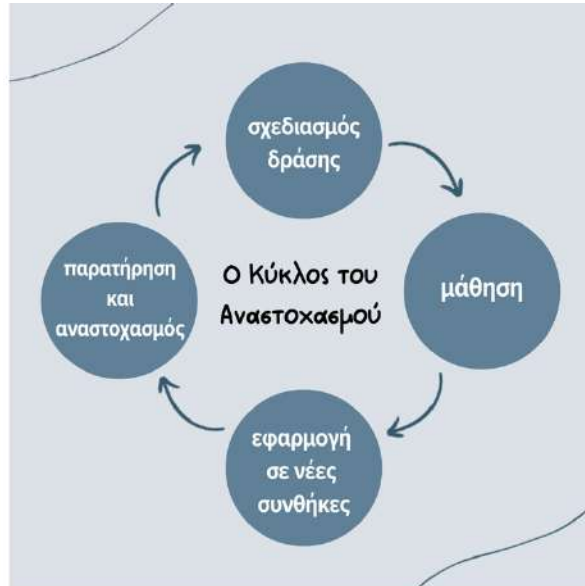
Οι ομάδες υποστήριξης προσωπικού συντονίζονται από εξωτερικό πάροχο ψυχικής υγείας και ακολουθούν μια πορεία παρόμοια με την εποπτεία, εστιάζοντας ωστόσο στην **προσωπική ψυχολογική ευεξία των εργαζομένων στο πεδίο**. Οι ομάδες υποστήριξης προσωπικού μπορούν να βοηθήσουν τα εργαζόμενα άτομα να αμφισβητήσουν και να αποδομήσουν ψευδείς διχοτομήσεις στις διεργασίες της σκέψης τους που σχετίζονται με το «δευτερογενές τραύμα». Μπορούν επίσης να ανοίξουν **ένα συνεργατικό, διαλογικό χώρο για γνήσιο προβληματισμό** βοηθώντας τα άτομα να εκτιμήσουν την πολυπλοκότητα της εμπειρίας τους [6].

Συμμετοχή στην πρακτική του αναστοχασμού

Μια ακόμη βασική στρατηγική για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας σας είναι η **τακτική άσκηση της πρακτικής του αναστοχασμού**. Παρόλο που η πρακτική του αναστοχασμού έχει ως επί το πλείστον σχεδιαστεί για επαγγελματίες σε διάφορους τομείς (υγεία, εκπαίδευση, κοινωνικές υπηρεσίες κ.λπ.), μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη και για τους/τις εθελοντές/-τριες που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες.

Η **πρακτική του αναστοχασμού είναι μια συνεχής διαδικασία** [7] και θα πρέπει να θεωρηθεί ως μέρος ενός κύκλου που περιλαμβάνει περαιτέρω φάσεις, όπως ο σχεδιασμός, η μάθηση και η εφαρμογή των συμπερασμάτων από όσα έχουν αποτελέσει αντικείμενο αναστοχασμού [8] (βλ. Εικόνα 4.3.1 στην επόμενη σελίδα). Μπορεί να λάβει χώρα τόσο σε ατομικό επίπεδο (πρακτική αυτοαναστοχασμού) όσο και σε ομαδικό επίπεδο ή επίπεδο οργανισμού.

Εικόνα 4.3.1. «Ο κύκλος του αναστοχασμού»



Σημείωση: Γραφική απεικόνιση που αναπτύχθηκε από την ομάδα EU-MiCare με βάση τις πληροφορίες των Schön (1992) και Bassot (2013)

[Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>; και Bassot, B. (2013). *The Reflective Journal*. Basingstoke: Palgrave]

Η εξάσκηση του αναστοχασμού σημαίνει να αφιερώνουμε χρόνο για να φέρουμε κρυφές ή μη συνείδητες σκέψεις και διαδικασίες λήψης αποφάσεων στο φως για επαναξιολόγηση.

Διάλειμμα για αναστοχασμό: Αναστοχαστείτε κατά μόνας

Αφιερώστε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε τη σχέση σας με τη δουλειά σας. Κάντε στον εαυτό σας ερωτήσεις όπως:

- Τι με παρακινεί να κάνω αυτό το είδος εργασίας;
- Ποιες είναι οι προσδοκίες μου;
- Τι αναμένεται από εμένα;
- Πώς ανταποκρίνομαι στις προκλήσεις της εργασίας;
- Τι επιπτώσεις (θετικές, αρνητικές ή/και ουδέτερες) έχει σε εμένα;

Προσαρμοσμένο από την [Εργαλειοθήκη αναστοχασμού - Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου](#)

Στην άσκηση που ακολουθεί, μπορείτε να βρείτε ορισμένες χρήσιμες καθοδηγητικές ερωτήσεις για τον αυτοαναστοχασμό σας σχετικά με την ενασχόληση με άτομα και κοινότητες που έχουν επιβιώσει από αντιξοότητες, απώλεια και εκτοπισμό.

© **Καίριο σημείο:** Πληροφορίες για την πρακτική του αναστοχασμού από τον Donald Schön

Μια από τις πιο σημαντικές εννοιολογήσεις της πρακτικής του αναστοχασμού έγινε από τον φιλόσοφο Donald Schön [7], ο οποίος τόνισε τον ρόλο του αναστοχασμού στο πλαίσιο της επαγγελματικής μαθησιακής διαδικασίας. Εντόπισε δύο τύπους αναστοχασμού:

1. **Αναστοχασμός εν δράσει**, που αναφέρεται στην **άμεση σκέψη που συμβαίνει ενώ κάνετε κάτι**, κατά τη διάρκεια εκτέλεσης μιας πράξης. Ο αναστοχασμός εν δράσει σας επιτρέπει να αναδιαμορφώσετε την κατάσταση ή τη δραστηριότητα στην οποία εργάζεστε **σε πραγματικό χρόνο**. Ο Schön προτείνει ότι, μέσω του «αναστοχασμού εν δράσει», οι επαγγελματίες αναστοχάζονται πάνω σε απροσδόκητες εμπειρίες και διεξάγουν «πειράματα» που χρησιμεύουν για να **δημιουργήσουν τόσο μια νέα αντίληψη της εμπειρίας όσο και μια αλλαγή στην κατάσταση**. Στο πλαίσιο της φροντίδας των μεταναστών και των προσφύγων, αυτή η προσαρμοστικότητα είναι **καίρια** για την αντιμετώπιση των ποικίλων και άμεσων αναγκών των ανθρώπων που εξυπηρετούμε.
2. **Αναστοχασμός επί της πράξης**, ο οποίος περιλαμβάνει τον **αναστοχασμό μιας εμπειρίας, μιας κατάστασης ή ενός φαινομένου μετά την πραγματοποίησή του**. Η διαδικασία αυτή συνεπάγεται **μια κριτική εξέταση του τι συνέβη στη συγκεκριμένη κατάσταση, γιατί ενεργήσαμε ε τον τρόπο που ενεργήσαμε, αν θα μπορούσαμε να είχαμε ενεργήσει διαφορετικά, κ.ο.κ.** Ο αναστοχασμός επί της πράξης συνδέεται συχνά με την **αναστοχαστική γραφή** κατά την οποία οι επαγγελματίες αναστοχάζονται τις εμπειρίες τους και διερευνούν εναλλακτικούς τρόπους βελτίωσης της πρακτικής τους [8]. Για τα άτομα που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες, ο αναστοχασμός επί της πράξης μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένες στρατηγικές για την υποστήριξη των άλλων και στην καλύτερη αντίληψη της πολυπλοκότητας των εμπειριών τους.

3. Από την ατομική στην ομαδική ανθεκτικότητα και την ανθεκτικότητα του οργανισμού

Όπως συζητήθηκε στην Ενότητα 1, η ανθεκτικότητα νοείται συνήθως ως μια ατομική ιδιότητα: η ικανότητα να αντιστέκεσαι, να ανακάμπτεις ή να συνέρχεσαι από δυσκολίες ή αναποδιές. Πιο συγκεκριμένα, ορίζεται ως η ικανότητα να χρησιμοποιούμε τις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί από αρνητικές εμπειρίες για την περαιτέρω ανάπτυξή μας και προσαρμογή σε διαφορετικές συνθήκες [9]. Ωστόσο, οι στρατηγικές που επικεντρώνονται μεμονωμένα στα άτομα δεν αρκούν από μόνες τους για να υποστηρίξουν την ευεξία του προσωπικού στο σύνολό του. Ακόμη και το πιο ανθεκτικό προσωπικό δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει δύσκολες συνθήκες εργασίας.



Διάλειμμα για αναστοχασμό: Συμμετοχή σε συλλογικό/ομαδικό αναστοχασμό

Αφιερώστε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε και να γράψετε την απάντησή σας στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Τι ενέργειες κάνω για να φροντίσω τον εαυτό μου σχετικά με την εργασία μου;
- Τι ενέργειες κάνει η ομάδα μου (συνάδελφοι, οργάνωση κ.λπ.) για τη φροντίδα του/της καθενός/καθεμιάς μας;
- Τι άλλα μέσα μπορώ να χρησιμοποιήσω για να φροντίζω καλύτερα του εαυτού μου ώστε να μπορέσω να φροντίζω πιο αποτελεσματικά τους άλλους;

Πηγή: «Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της προσφυγικής συνθήκης» - Κέντρο Ημέρας «Βαβέλ»

Μια ανθεκτική ομάδα είναι μια ομάδα της οποίας τα μέλη χρησιμοποιούν τους ατομικούς και συλλογικούς τους πόρους για να προσαρμοστούν θετικά, προκειμένου να διατηρήσουν την ευεξία και την απόδοσή τους και να επιτύχουν κοινούς στόχους ή σκοπούς.

Η ανθεκτικότητα της ομάδας προστατεύει τα μέλη της ομάδας από τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων διατάραξης που είναι πιθανό να απειλήσουν τη λειτουργία της ομάδας (π.χ. δραματική αύξηση των παραπομπών, αλλαγές στην ηγεσία της ομάδας ή του οργανισμού, συχνή εναλλαγή προσωπικού ή απροσδόκητα γεγονότα υψηλού αντικτύπου). Στην

επόμενη σελίδα παρουσιάζονται ορισμένες **πολυεπίπεδες, συστημικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οργανισμού** (βλ. Εικόνα 4.3.2), οι οποίες είναι απαραίτητες για την υποστήριξη της ανάπτυξης τόσο της προσωπικής όσο και της συλλογικής ανθεκτικότητας [9].

Εικόνα 4.3.2. «Στοιχεία ανθεκτικότητας ενός οργανισμού»



Η ανάπτυξη αυτού του γραφήματος δεν υποδηλώνει έγκριση από το SWORD.

4. Καθορισμός και επικοινωνία ορίων: Ιδιαιτερότητες της εθελοντικής εργασίας

Αν και ο καθορισμός ορίων είναι σημαντικός για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας σε όλες τις πτυχές της ζωής, έχει ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της εργασίας με μετανάστες και πρόσφυγες. Σε καταστάσεις όπου οι ανθρώπινες ανάγκες –σχεδόν εξ ορισμού– υπερβαίνουν τη διαθέσιμη υποστήριξη,

η ικανότητα να καθορίζουμε σαφή όρια διασφαλίζει ότι οι υπάρχοντες πόροι δεν εξαντλούνται περαιτέρω μέσω της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Παρόλο που οι εθελοντές/-τριες πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και οι αμειβόμενοι επαγγελματίες όσον αφορά τη φροντίδα του προσωπικού, η κατάστασή τους είναι διαφορετική με ποικίλους τρόπους. Ο εθελοντικός χαρακτήρας της δέσμευσής τους σημαίνει ότι έχουν μεγαλύτερη αυτονομία στη διαμόρφωση της έκτασης και της φύσης της συνεισφοράς τους (και ενδεχομένως να περιορίσουν ή και να τερματίσουν τη δέσμευσή τους). Ταυτόχρονα, πολλοί εθελοντές/-τριες στερούνται επίσημης δομής υποστήριξης και συχνά αισθάνονται μόνοι/-ες και απομονωμένοι/-ες στη διαχείριση της σχέσης τους με τους μετανάστες και τους πρόσφυγες που υποστηρίζουν.

Η επαφή μεταξύ του εθελοντικού προσωπικού και των μεταναστευτικών πληθυσμών –ιδιαίτερα αν παρατείνεται για μεγάλο χρονικό διάστημα– μπορεί να εξελιχθεί γρήγορα σε μια έντονη, ιδιωτική σχέση, στην οποία ο/η εθελοντής/-τρια βιώνει μεγάλη ευθύνη και δύσκολα μπορεί να θέσει όρια (αυτοφροντίδας). Η έλλειψη σαφών ορίων μπορεί να οδηγήσει σε στρες, σπατάλη χρόνου, συγκρούσεις, καθώς και σε αρνητικά συναισθήματα, όπως δυσαρέσκεια και θυμό. Ο καθορισμός υγιών ορίων μπορεί να σας βοηθήσει να θυμάστε τι είναι καλύτερο για εσάς και να παρέχει μια σταθερή βάση για να παίρνετε αποφάσεις για τον εαυτό σας [1].

→ [BINTEO: Θέτοντας όρια ως εθελοντής/-τρια](#) (EN) 

Ο καθορισμός σαφών ορίων είναι **απαραίτητος για την προστασία τόσο των εθελοντών όσο και των ατόμων που υποστηρίζουν**. Με τον καθορισμό αποδεκτών συμπεριφορών, οι εθελοντές μπορούν να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση στον τρόπο που πρέπει να ενεργούν σε διάφορες καταστάσεις, προωθώντας υψηλά πρότυπα και συνέπεια μεταξύ διαφορετικών ατόμων. Αυτή η σαφήνεια συμβάλλει στη διαχείριση των προσδοκιών και στην αποφυγή παρεξηγήσεων, οι οποίες διαφορετικά μπορεί να οδηγήσουν σε σύγχυση και συγκρούσεις. Επιπλέον, επιτρέπει σε όλα τα εμπλεκόμενα μέρη να διαφυλάξουν την ιδιωτική τους ζωή και να δώσουν προτεραιότητα στην αυτοφροντίδα, εξασφαλίζοντας στην ουσία υγιείς και βιώσιμες σχέσεις μακροπρόθεσμα. Ο καθορισμός αυτών των

ορίων δεν ωφελεί μόνο τα άμεσα εμπλεκόμενα άτομα, αλλά συμβάλλει επίσης σε ένα πιο αποτελεσματικό και αρμονικό περιβάλλον υποστήριξης [10].

Είναι γενικά προτιμότερο το εθελοντικό προσωπικό να εργάζεται σε ένα δομημένο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών παρά σε μια εντελώς ιδιωτική βάση. Μέσα σε ένα δομημένο πλαίσιο, οι εθελοντές θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να βρουν «τη θέση τους». **Οι προσδοκίες, οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα και οι ιεραρχικές σχέσεις θα πρέπει να ορίζονται και να κοινοποιούνται με σαφήνεια.**

☉ **Καίριο σημείο:** Βασικές συμβουλές για τον καθορισμό ορίων

- Αποκτήσετε επίγνωση των ορίων σας μέσω της πρακτικής του αναστοχασμού.
- Επικοινωνήστε τα όριά σας με σαφήνεια χρησιμοποιώντας δηλώσεις σε α' ενικό πρόσωπο και μην μπεύτε στον πειρασμό να συμπεριλάβετε μακροσκελείς εξηγήσεις ή λόγους. Αρκεί να πείτε: «Δεν μπορώ να εργαστώ τα σαββατοκύριακα, αλλά μπορώ να είμαι διαθέσιμος/-η τις καθημερινές πρωινές ώρες μεταξύ 10 π.μ. και 1 μ.μ.» ή «Δεν μπορώ να υποστηρίξω άτομα με προβλήματα που σχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση, αλλά μπορώ να τα βοηθήσω όσον αφορά τη διοικητική διαδικασία και τη συμπλήρωση εντύπων».
- Αντιδράστε αμέσως αν τα όριά σας δεν γίνονται σεβαστά ή παραβιάζονται, μην περιμένετε μέχρι να αγανακτήσετε και μην παραπονιέστε σε άλλους που δεν εμπλέκονται («Παρατήρησα ότι με έχετε προγραμματίσει για το επόμενο Σάββατο το πρωί. Παρακαλώ αλλάξτε το, καθώς δεν είμαι διαθέσιμος/-η τα σαββατοκύριακα»).
- Σκεφτείτε πώς αντιδράτε όταν οι άλλοι επικοινωνούν τα όριά τους. Αν και αρχικά μπορεί να νιώσετε προσβεβλημένοι ή υπαίτιοι, η κατανόηση των ορίων τους συχνά βελτιώνει τη σχέση και προάγει στενότερες σχέσεις.
- Αν δεν έχετε συνηθίσει να διεκδικείτε τα όριά σας, μπορεί να νιώσετε άβολα ή αγχωμένοι στην αρχή. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι αισθάνονται ανακουφισμένοι μετά την επιτυχή θέσπιση και διατήρηση των ορίων τους!

→ **BINTEO:** [Θέτοντας όρια με τα εξυπηρετούμενα άτομα: Παιχνίδι ρόλων](#) (EN) 📺

Επειδή οι ρόλοι των εθελοντών μπορεί να είναι εξατομικευμένοι, ποικίλοι και λιγότερο σαφώς καθορισμένοι, οι εθελοντές/-τριες συχνά βρίσκονται σε καταστάσεις όπου πρέπει να επικοινωνούν τα όρια και τις δυνατότητές τους με σαφήνεια και επανειλημμένα, τόσο στους χρήστες υπηρεσιών όσο και σε άλλους επαγγελματίες ή συναδέλφους [10]. Επομένως, οι δεξιότητες στον καθορισμό ορίων είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την προστασία της υγείας και της ευεξίας των εθελοντών, καθώς και για τη διατήρηση των τελευταίων στον οργανισμό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] GIZ, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH. (2020). *Handbook for staff care and self-care for the Ministry of Health*. Retrieved May 12, 2024, from <https://www.giz.de/de/downloads/Handbook%20Self%20Care%20and%20Staff%20Care%20English%202020.pdf>
- [2] Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften (IHSAG). (2016). *Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis*. Berlin. Retrieved May 13, 2024, from <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>
- [3] Chadwick Trauma-Informed Systems Dissemination and Implementation Project. (2016). *Secondary traumatic stress in child welfare practice: Trauma-informed guidelines for organizations*. San Diego, CA: Chadwick Center for Children and Families. Retrieved May 9, 2024, from <http://www.chadwickcenter.com/wp-content/uploads/2017/08/stsinchildwelfarepractice-trauma-informedguidelinesfororganizations.pdf>
- [4] Dickinson, N. S. (2012). Withstanding secondary traumatic stress: The role of realistic recruitment. In *CW360: A comprehensive look at a prevalent child welfare issue*. Spring 2012. Retrieved May 9, 2024, from https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/os_sts_child_welfare_article_review.pdf
- [5] International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support (IFRC PS Centre). (2019). *Supervision for the delivery of mental health psychosocial support in emergency humanitarian settings*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Retrieved September 4, 2024, from <https://pscentre.org/resource/a-desk-review-report/#:~:text=Supervision%20is%20an%20essential%20component,and%20For%20inadequate%20MHPSS%20supervision>
- [6] Papadopoulos, R. K. (Ed.) (2019). *Psychosocial dimensions of the refugee condition – Synergic approach*. Athens: Babel Day Centre (Syneirmos NGO of Social Solidarity) and Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex). [στην ελληνική: Παπαδόπουλος, Ρ.Κ. (Επιμ.) (2019). *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της προσφυγικής συνθήκης Συνεργική προσέγγιση*. Έκδοση του Κέντρου Ημέρας Βαβέλ (Συν-ειρμός Αμκε Κοιν. Αλληλεγγύης) και του Centre for Trauma, Asylum and Refugees (University of Essex).]
- [7] Schön, D. (1992). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- [8] Bassot, B. (2013). *The reflective journal*. Basingstoke: Palgrave.
- [9] Grant, L., & Kinman, G. (2020). *The Social Work Organisational Resilience Diagnostic (SWORD) tool and workbook*. Manual. Research in Practice, Devon, UK. Retrieved July 18, 2024 from <https://sword.researchinpractice.org.uk/media/xobpd3eq/sword-tool-workbook-2nd-edition-2021.pdf>
- [10] Sponsor Refugees. (n.d.). *Defining boundaries: A guide for community sponsorship groups*. Citizens UK Foundation for Community Sponsorship of Refugees. Retrieved July 31, 2024, from https://citizensuk.contentfiles.net/media/documents/Managing_Boundaries_Workbook.pdf



Co-funded by
the European Union



Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ωστόσο, οι απόψεις και οι γνώμες που εκφράζονται είναι αποκλειστικά του/των συγγραφέα/-έων και δεν αντανακλούν κατ' ανάγκη τις απόψεις και τις γνώμες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή του Ευρωπαϊκού Εκτελεστικού Οργανισμού Εκπαίδευσης και Πολιτισμού (EACEA). Ούτε η Ευρωπαϊκή Ένωση ούτε ο EACEA μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι γι' αυτές.

Αυτό το έργο διατίθεται με άδεια χρήσης

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Διεθνής Άδεια](#) (CC-BY-NC 4.0).

Repository

Module 4. Self-Care and Staff Wellbeing

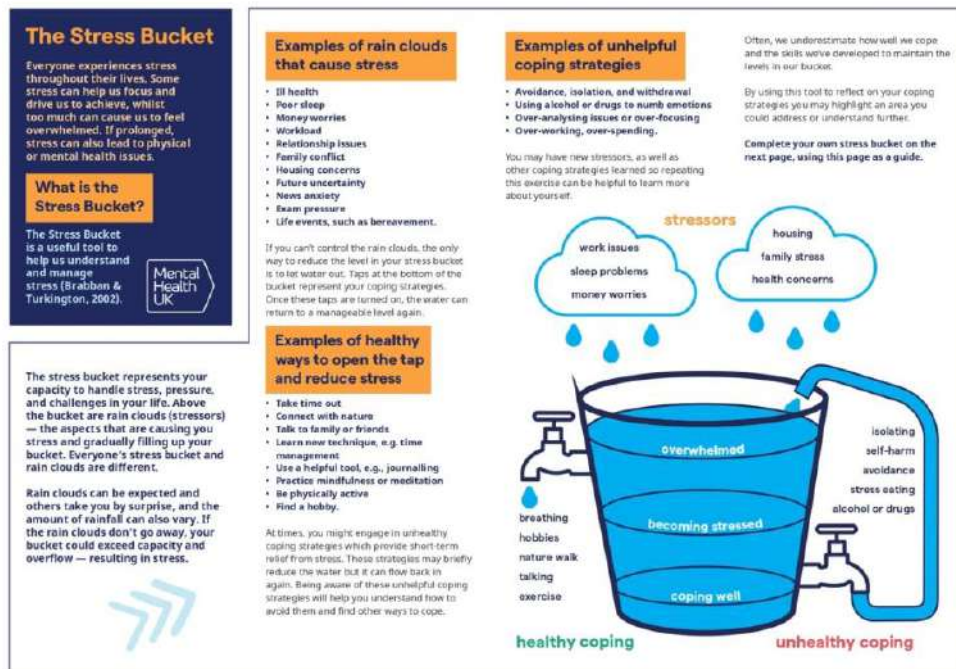
The information provided hereafter is supplementary and not part of the core material of this Module.

However, learners seeking a more thorough understanding of the subject matter are strongly advised to review this document in addition to the main curriculum.

Unit: 4.1 Effects Among Professionals and Volunteers Working in the Context of Migration

Handout 1. “The Stress Bucket”

The Stress Bucket is a visual tool that illustrates how various stressors (represented as rain clouds) accumulate in an individual's bucket. If these stressors aren't managed through healthy coping mechanisms (depicted as taps at the bottom of the bucket), the bucket can overflow, leading to emotional distress.



Note: Sourced from [Mental Health UK](https://www.mentalhealthuk.org/). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title 4_4.1 – Handout 1. “The Stress Bucket”.

Handout 2: “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”

The ABC of Addressing Vicarious Trauma handout provides a practical framework for professionals and volunteers to recognize and mitigate the effects of vicarious trauma. It emphasizes three key strategies:

- (i) Awareness of personal trauma histories,
- (ii) Balance through self-care practices, and
- (iii) Connection through supportive relationships.



Handout 6: ABCs of Addressing Compassion Fatigue

Directions. This activity has two parts. In the [Part 1](#) you will engage in a self-assessment to determine how well you engage in the ABCs (Awareness, Balance, and Connection) of mitigating compassion fatigue. In the [second part](#), you will identify one strategy focused to help you build awareness, balance and connection.

This document was adapted from Saakvitne, K. & Pearlman, L. (1996). [*Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization for Helping Professionals who Work with Traumatized Clients*](#). New York, New York: W.W. Norton and Company. Retrieved from (<https://4.files.edl.io/0d8f/06/25/18/182950-e99322a0-a293-4bab-9821-c2522b697049.pdf>)

Part 1.

Take the Self-Assessment. Determine whether or not you engage in the following approaches for Awareness, Balance and Connection

Note: Sourced from [Minnesota Department of Education](#). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.1 – Handout 2. “The ABC of Addressing Vicarious Trauma”**.

Unit: 4.2 Self-Care

Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”

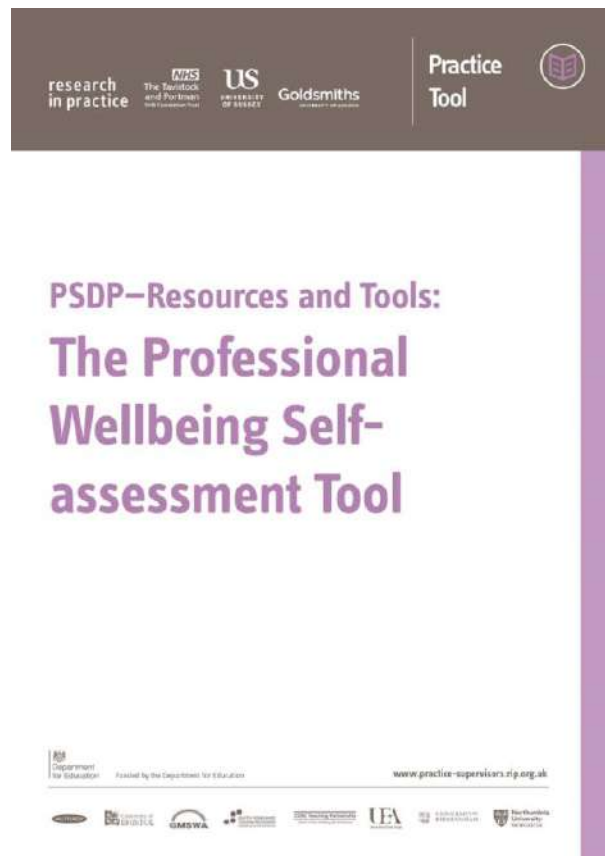
The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is a comprehensive tool designed to measure the positive and negative emotional effects of working in helping professions, particularly those who support individuals affected by trauma. It consists of 30 items that assess three key components: Compassion Satisfaction, which refers to the pleasure and fulfillment derived from helping others; Burnout, which measures feelings of emotional exhaustion and the depletion of personal resources; and Secondary Traumatic Stress (STS), which reflects the emotional toll caused by exposure to others’ trauma. The ProQOL is widely used by professionals in fields like counseling, healthcare, social work, and emergency response to assess their well-being and guide interventions to prevent or mitigate negative effects of their work.

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE (PROQOL)	
COMPASSION SATISFACTION AND COMPASSION FATIGUE (PROQOL) VERSION 5 (2009)	
When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the <i>last 30 days</i> .	
1=Never	2=Rarely
3=Sometimes	4=Often
5=Very Often	
1.	I am happy.
2.	I am preoccupied with more than one person I [help].
3.	I get satisfaction from being able to [help] people.
4.	I feel connected to others.
5.	I jump or am startled by unexpected sounds.
6.	I feel invigorated after working with those I [help].
7.	I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
8.	I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
9.	I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
10.	I feel trapped by my job as a [helper].
11.	Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
12.	I like my work as a [helper].
13.	I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
14.	I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
15.	I have beliefs that sustain me.
16.	I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
17.	I am the person I always wanted to be.
18.	My work makes me feel satisfied.
19.	I feel worn out because of my work as a [helper].
20.	I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
21.	I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
22.	I believe I can make a difference through my work.
23.	I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
24.	I am proud of what I can do to [help].
25.	As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
26.	I feel "bogged down" by the system.
27.	I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
28.	I can't recall important parts of my work with trauma victims.
29.	I am a very caring person.
30.	I am happy that I chose to do this work.

Note: The Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5 is provided by B. Hudnall Stamm (2009-2012) and is available at ProQOL.org. The full handout and instructions for scoring are available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 1. “Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Version 5”**.

Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”

The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool is a reflective resource designed to help professionals evaluate their own wellbeing across seven key dimensions: Perspective, Self-management, Professional Development, Supports, Workload, Balance, and Values. Developed by Vicki Hirst and Rosemary Nash, experienced professional supervisors from Aotearoa New Zealand, the tool aims to identify areas of strength and those requiring attention to promote resilience and prevent burnout. It begins with a 35-question self-assessment, where individuals rate their satisfaction in each area on a scale from 1 to 5. The results are then plotted to create a visual ‘professional wellbeing map’, facilitating a comprehensive overview of one’s current state. This map serves as a foundation for further reflection through guided questions, ultimately leading to the development of a personalized wellbeing plan with actionable goals and review timelines. The tool is particularly beneficial when used in supervision contexts, encouraging ongoing dialogue and support between supervisees and supervisors.



Note: Sourced from the [Practice Supervisor Development Programme \(PSDP\)](https://www.practice-supervisors.rlp.org.uk/), funded by the Department for Education (UK). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.2 – Handout 2. “The Professional Wellbeing Self-Assessment Tool”**.

Handout 3. “Additional Tools and Resources for Self-Care”

Two self-tests based on the work of German psychologist, psychotherapist, and author, Gert Kaluza

The first self-test in this section allows you to check your current stress level by giving yourself a score on a range of physical, emotional, mental, and behavioral warning signals.

The second checklist shows you how many stress-reinforcing thoughts you have regularly. This test allows you to rate your responses on scales that indicate self-beliefs or internal messages that reinforce stress. You can then address these individually to reduce their stress-reinforcing effects.

- ♦ First self-test: How stressed are you? Write your scores in the right hand column.

Stress Warning Signals	Strong	Light	Little/Few	Your Score
Physical Warning Signals				
Heart palpitations / stabbing pains	2	1	0	
Constricted feeling in the chest	2	1	0	
Breathing problems	2	1	0	
Trouble falling asleep	2	1	0	
Trouble sleeping through the night	2	1	0	
Chronic tiredness	2	1	0	
Digestive problems	2	1	0	
Stomach ache	2	1	0	
Loss of appetite	2	1	0	
Sexual dysfunction	2	1	0	
Muscular tension	2	1	0	
Headache	2	1	0	
Backache	2	1	0	
Cold hands / feet	2	1	0	
Sweating profusely	2	1	0	
Emotional Warning Signals				
Nervousness, internal restlessness	2	1	0	
Irritability, feeling annoyed	2	1	0	
Anxiety, fear of failure	2	1	0	
Discontent	2	1	0	
Emotional imbalance	2	1	0	
Internal emptiness (‘burnt out’ feeling)	2	1	0	
Mental Warning Signals				
Repetitive thoughts	2	1	0	

Lack of concentration	2	1	0	
Empty mind ('vaguating out')	2	1	0	
Daydreams	2	1	0	
Nightmares	2	1	0	
Reduced performance / frequent mistakes	2	1	0	
Behavioral Warning Signals				
Aggressive behavior	2	1	0	
Drumming fingers, shuffling feet	2	1	0	
Clenched teeth / teeth grinding	2	1	0	
Rapid speech / stutter	2	1	0	
Interrupting others, not listening	2	1	0	
Irregular meals	2	1	0	
Consuming alcohol / prescription drugs	2	1	0	
Letting private social relationships slip	2	1	0	
Smoking more than wanted	2	1	0	
Less exercise than wanted	2	1	0	
Add all points to determine your total score:				

Evaluation: How stressed are you?

0-10 points

You can be pleased. You have good resilience, you are ready to fight off stress.

11-20 points

You have already entered the downward spiral of stress. Familiarise yourself with relaxation, self-management, and time management.

21 points and more

Take yourself and your body seriously! Your body is putting a gun to your head. Make sure you're achieving balance, relaxation, and are taking more breaks. Otherwise you are at risk of your stress symptoms becoming chronic!

Note down your own reflections on the test:

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Second self-test: Checklist of Stress-Reinforcing Thoughts

How familiar are the following thoughts to you?		Very	Somewhat	Not at all
1.	I prefer doing everything myself.	2	1	0
2.	I won't last the distance.	2	1	0
3.	It's awful if something doesn't go according to plan.	2	1	0
4.	I will fail.	2	1	0
5.	I will never make it.	2	1	0
6.	It's not acceptable if I can't manage to complete a task or don't keep an appointment.	2	1	0
7.	I just can't stand this pressure (or fear, or pain etc.).	2	1	0
8.	I always have to be available for my work.	2	1	0
9.	Problems and difficulties are just terrible.	2	1	0
10.	It's important that I keep everything under control.	2	1	0
11.	I don't want to disappoint the others.	2	1	0
12.	There's nothing worse than making mistakes.	2	1	0
13.	I must be 100% reliable.	2	1	0
14.	It's terrible when others are angry with me.	2	1	0
15.	Strong people don't need help.	2	1	0
16.	I want to get on with well with everyone.			
17.	It's awful when others criticise me.	2	1	0
18.	If I relied on others, I'd be lost.	2	1	0
19.	It's important that everyone likes me.	2	1	0
20.	When I have to make a decision, I must be 100% sure about it.	2	1	0
21.	I'm constantly thinking about what might go wrong.	2	1	0
22.	Without me, it's impossible.	2	1	0
23.	I have to get everything right all the time.			
24.	Having to rely on others is terrible.	2	1	0
25.	It's absolutely terrifying if I don't know what's coming.	2	1	0

Evaluation: Your stress-reinforcing profile

	Instructions	Value
1.	Add your points for thoughts 6, 8, 12, 13, and 23	Value 1:
2.	Add your points for thoughts 11, 14, 17, 17, and 19	Value 2:
3.	Add your points for thoughts 1, 15, 18, 22, and 24	Value 3:
4.	Add your points for thoughts 3, 10, 20, 21, and 25	Value 4:
5.	Add your points for thoughts 2, 4, 5, 7, and 9	Value 5:

Now transfer these values into a bar graph like this:

Statement												Value
I can't!												(insert value 1, example: 5)
Be careful!												(insert value 2)
Be strong!												(insert value 3)
Be popular!												(insert value 4)
Be perfect!												(insert value 5)
Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

You can see that unrealistic expectations and perfectionist thought pattern on the one hand, and irrational fears on the other, play an important role in reinforcing external stressors.

The first step towards coping with daily stressors better and avoiding these self-reinforcing patterns is to try and determine exactly which situations you experience as stressful and to then observe what happens to you in these situations. During the coming days, try to observe yourself at times of stress.

Note down your own reflections on the test:

[illegible]

Unit: 4.3 Staff Care

Handout 1. “Low Impact Debriefing”

The Low Impact Debriefing handout outlines a trauma-informed approach to sharing and processing distressing experiences in professional settings. It introduces a four-step strategy (Self-Awareness, Fair Warning, Consent, and Limited Disclosure) designed to minimize secondary trauma exposure, prevent “sliming”, and promote respectful communication among colleagues.



Note: Sourced from [TEND Academy](https://www.tendtookit.com). The full handout is available as a standalone .pdf resource in the Repository under the title **4_4.3 – Handout 1. “Low Impact Debriefing”**.



Co-funded by
the European Union



Funded by the European Union.

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

This work is licensed under a

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).

Glossary

acculturation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 48**

The dual process of cultural and psychological change that takes place as a result of contact between two or more cultural groups and their individual members. At the group level, it involves changes in social structures and institutions and in cultural practices. At the individual level, it involves changes in a person's behavioral repertoire.

Source: Berry, J. W. (2005). Acculturation: Living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(6), 697–712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>

The processes by which groups or individuals adjust the social and cultural values, ideas, beliefs, and behavioral patterns of their culture of origin to those of a different culture. **Psychological acculturation** is an individual's attitudinal and behavioral adjustment to another culture, which typically varies with regard to degree and type.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Acculturation. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/acculturation>

acculturative stress

Term first introduced in: **Module 1 pg. 42**

The psychological impact of adapting to a new cultural environment. It encompasses the challenges and pressures that individuals face during the process of acculturation, which can lead to significant stress and affect their mental health and well-being.

Source: Sluzki, C. E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Eds.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (pp. 108-123). Psychiatrie Verlag; Machleidt, M. (2013). *Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (1st ed.). W. Kohlhammer GmbH.

See definition of “stress” in this glossary.

adversity-activated development (AAD)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 32**

The newly developed positive characteristics, skills, and habits that arise after enduring highly challenging or adverse life circumstances.

Source: Papadopoulos, R. K. (2007). Refugees, trauma and adversity-activated development. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 9(3), 301–312. <https://doi.org/10.1080/13642530701496930>

biopsychosocial model

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

An approach to understanding mental and physical health through a multi-systems lens, taking into consideration the influence of biology, psychology, and the social environment. A biopsychosocial approach to healthcare acknowledges that these systems overlap and interact to impact each individual's

well-being and risk for illness, and that understanding these systems can lead to more effective treatment. It also recognizes the importance of patient self-awareness, relationships with providers in the healthcare system, and individual life context. Dr. George Engel and Dr. John Romano developed this model in the 1970s, but the concept has existed in medicine for centuries.

Source: Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>

children

Term first introduced in: **Module 3 pg. 51**

Every human being below the age of 18 years, unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier.

Source: UNHCR (2024). *Refugee children and youth*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/refugee-children-and-youth>

coping skills (or coping strategies)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

An action, a series of actions, or a thought process used in meeting a stressful or unpleasant situation or in modifying one's reaction to such a situation. Coping strategies typically involve a conscious and direct approach to problems, in contrast to defense mechanisms.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Coping strategy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/coping-strategy>

crisis

Term first introduced in: **Module 2 pg. 48**

An unstable condition involving an impending abrupt or significant change that requires urgent attention and action to protect life, assets, property or the environment.

Source: World Health Organization. (2020, April 9). *Glossary of health emergency and disaster risk management terminology*. <https://www.who.int/publications/i/item/glossary-of-health-emergency-and-disaster-risk-management-terminology>

cultural awareness

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to recognize, understand, and respect the differences and similarities between cultures. It involves considering cultural factors, such as values, beliefs, customs, and behaviors, to improve communication and build meaningful relationships across diverse cultural groups. This awareness is essential in fostering inclusive practices, especially in healthcare settings, where it can enhance service delivery and patient care.

Source: Gilbert, J., Goode, T. D., & Dunne, C. (2007). Cultural awareness. *National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development*.

cultural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 16**

The ability to collaborate effectively with individuals from different cultures in personal and professional settings. This usually involves a recognition of the diversity both between and within cultures, a capacity for cultural self-assessment, and a willingness to adapt personal behaviors and practices. Cultural competence, also known as intercultural competence, has become a central concept in business, education, health care, government, and many other areas.

Source: American Psychological Association. (n.d.). Cultural competence. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/cultural-competence>

cultural concepts of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 11**

The ways in which different cultural groups experience, understand, and communicate suffering, behavioral problems, or troubling thoughts and emotions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

cultural curiosity

Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

The genuine desire to explore, learn, and appreciate the customs, traditions, languages, and perspectives of cultures different from our own. It involves recognizing the beauty in our differences and finding common ground amid the rich tapestry of humanity.

Source: Culture Encounters. (n.d.). *Cultivating cultural curiosity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://cultureencounters.org/cultivating-cultural-curiosity>

cultural essentialism

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

The belief that individuals within a particular cultural or social group share a set of inherent and unchanging traits. This perspective views cultural traits as fixed and natural, attributing specific qualities to all members of a group based on their shared heritage or background. It simplifies identities by attributing fixed characteristics to all members of a group, often overlooking diversity within that group.

Source: adapted from Haslam, N., Bastian, B., & Kuppens, P. (2006). The social psychology of essentialism. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1002_1

cultural formulation interview (CFI)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

Instrument developed in the DSM-5 to help clinicians understand a patient's cultural context, including how cultural factors influence their health beliefs, behaviors, and treatment expectations. It involves 16 open-ended questions across four domains, guiding clinicians to gather culturally relevant information that can enhance diagnosis and treatment planning.

Source: Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., Kirmayer, L. J., & López, S. R. (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

cultural integration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

See definition of “*integration*” in this glossary.

cultural mediator

Term first introduced in:

Module 3 pg. 29 (version for interpreters and cultural mediators)
Module 3 pg. 28 (version for other profiles)

A professional who facilitates communication (including interpretation) between people speaking different languages and coming from different cultural backgrounds.

Note:

1. Cultural mediators provide information on different sets of value, orientations to life, beliefs, assumptions, and socio-cultural conventions by clarifying culture-specific expressions and concepts that might give rise to misunderstanding.
2. The terms cultural mediator and intercultural mediator are used differently in EU Member States and different standards apply.
3. Cultural mediator should not be confused with the term **interpreter**, as intercultural mediation is a much wider and a more enriched means of communicating messages from sender to receiver than interpreting. For more information, see also the entry of interpreter.

Source: European Commission. (n.d.). *Cultural mediator*. European Migration Network Glossary. Retrieved April 11, 2025, from https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary/glossary/cultural-mediator_en

culture

Term first introduced in: **Module 1 pg. 7**

Values, beliefs, language, rituals, traditions, and other behaviors that are passed from one generation to another within any social group. Broad definitions include any socially definable group with its own set of values, behaviors, and beliefs. Accordingly, cultural groups could include groups based on shared identities such as ethnicity (e.g., German American, Blackfoot, Algerian American), gender (e.g., women, men, transgender, gender-nonconforming), sexual orientation (e.g., gay, lesbian, bisexual), and socioeconomic class (e.g., poor, working class, middle class, wealthy).

Source: American Psychological Association. (n.d.). *Culture*. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/culture>

System of shared beliefs, symbols, behaviors, values, and customs that members of a society use to make sense of their world and interact with each other. These elements are passed down through generations, helping to create a distinct and cohesive community identity. People from a common culture often feel a sense of belongingness with each other while also feeling different from other groups.

Source: International Organization for Migration. (2022). *Manual on community-based mental health and psychosocial support in emergencies and displacement* (2nd ed.). IOM. <https://doi.org/10.18356/9789210562954>

diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A comprehensive guide (5th edition) published by the American Psychiatric Association that provides standardized criteria for diagnosing mental disorders, including descriptions, symptoms, and diagnostic features. It is used by clinicians and researchers to ensure consistent and accurate diagnoses across various mental health conditions.

Source: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

displaced minor(s) Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

A child or adolescent who has been forced to leave their home due to conflict, disaster, or crisis. They may be unaccompanied or separated from their family, facing significant vulnerability and hardship.

See “unaccompanied and separated children”, “displacement” and “children” in this glossary.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key Migration Terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

displacement Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

The movement of persons who have been forced or obliged to flee or to leave their homes or places of habitual residence, in particular as a result of or in order to avoid the effects of armed conflict, situations of generalized violence, violations of human rights or natural or human-made disasters.

Source: International Organization for Migration. (n.d.). *Key migration terms*. International Organization for Migration. Retrieved April 11, 2025, from <https://www.iom.int/key-migration-terms>

ecological systems theory (EST) / socio-ecological model (SEM) Term first introduced in: **Module 1 pg. 26**

A theoretical framework developed by Urie Bronfenbrenner in 1979, emphasizing that human development is influenced by various environmental systems surrounding an individual. These systems range from immediate, direct settings like family and school (microsystem) to broader societal and cultural contexts (macrosystem). The **Socio-Ecological Model (SEM)** builds upon this framework by exploring how individuals interact with dynamic social systems throughout their lives, highlighting the reciprocal relationship between personal and environmental factors. At its core, it suggests that individual behavior is shaped by a complex network of influences – spanning intrapersonal, interpersonal, institutional, community, and public policy factors.

Source: Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

empathic communication coding system (ECCS) Term first introduced in: **Module 3 pg. 5**

A validated instrument developed by Carma Bylund and Gregory Makoul in 2002 to assess empathic communication in professional-client encounters. It identifies and categorizes client statements that

express emotions, progress, or challenges, and evaluates clinicians' responses to these empathic opportunities.

Source: Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician-patient encounter. *Patient Education and Counseling*, 48(3), 207-216. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00173-8)

empathy

Term first introduced in: **Module 3 pg. 4**

Understanding a person from their frame of reference rather than one's own, or vicariously experiencing that person's feelings, perceptions, and thoughts. Empathy does not, of itself, entail motivation to be of assistance, although it may turn into **sympathy** or personal distress, which may result in action. In psychotherapy, therapist empathy for the client can be a path to comprehension of the client's cognitions, affects, motivations, or behaviors.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Empathy. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/empathy>

explanatory model (EM)

Term first introduced in: **Module 2 pg. 12**

In the explanatory model, clinicians ask the patient the questions **-What, Why, How, and Who** to address cultural differences and consider how a person with a different cultural background understands and feels mental health challenges while maintaining a common purpose: therapy.

Source: Kirmayer, L.J. and Bhugra, D. (2009). Culture and mental illness: social context and explanatory models. In I.M. Salloum and J.E. Mezzich (Eds.), *Psychiatric diagnosis: Patterns and Prospects* (pp.29-37). New York: John Wiley & Sons.; Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, CA: University of California Press.

functional adaptation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 40**

The process through which individuals adjust to and manage the challenges posed by their new environment, particularly regarding psychological and social functioning. This adaptation includes learning how to navigate the host society's social norms, laws, and cultural practices, while maintaining the ability to cope with the stressors of migration.

Source: Sluzki, C.E. (2010). Psychologische Phasen der Migration und ihrer Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 108-123). Berlin: Psychiatrie Verlag.

health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 21**

A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

Source: World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization* (adopted 22 July 1946, entered into force 7 April 1948), 14 UNTS 185, Preamble.

IASC MHPSS Intervention Pyramid

Term first introduced in: **Module 3 pg. 45**

A framework developed in 2007 by the Inter-Agency Standing Committee (IASC), a UN-established body for coordinating humanitarian response. It guides the provision of mental health and psychosocial support (MHPSS) in emergency settings through a tiered system of care. The pyramid consists of four levels of intervention: (1) basic services and security, (2) community and family supports, (3) focused, non-specialized supports, and (4) specialized services, including psychiatric care. It emphasizes starting with broad, population-level strategies and progressing to targeted, individual support for those with more severe mental health needs.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Retrieved from <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>

idioms of distress

Term first introduced in: **Module 2 pg. 13**

Specific expressions of psychological distress, which may not refer to specific symptoms or syndromes, but rather reflect a collective and shared understanding of personal distress.

Source: Von Lersner., U., & Kizilhan, J. I. (2017). *Kultursensitive Psychotherapie*. Hogrefe Verlag.

interdisciplinary collaboration

Term first introduced in: **Module 3 pg. 43**

The cooperation of professionals from different disciplines to achieve common objectives, often in complex contexts like healthcare, humanitarian work, or research. This approach ensures the integration of diverse expertise, which enhances problem-solving, decision-making, and overall effectiveness in meeting the needs of individuals or communities.

Interdisciplinary approach is defined by the APA as a manner of dealing with psychological, medical, or other scientific questions in which individuals from different disciplines or professions collaborate to obtain a more thorough, detailed understanding of the nature of the questions and consequently develop more comprehensive answers. For example, an interdisciplinary approach to the treatment or rehabilitation of an individual who is ill, disabled, or experiencing distress or pain uses the talents and experiences of therapists from a number of appropriate medical and psychological specialties.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Interdisciplinary approach. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, <https://dictionary.apa.org/interdisciplinary-approach>

international statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 54**

A standardized classification system (11th edition) developed by the World Health Organization (WHO) for coding diseases and health conditions. The purpose of the ICD is to permit the systematic recording

analysis, interpretation and comparison of mortality and morbidity data collected in different countries or areas and at different times. The ICD is used to translate diagnoses of diseases and other health problems from words into an alphanumeric code, which permits easy storage, retrieval, and analysis of the data. In practice, the ICD has become the international standard diagnostic classification for all general epidemiological and many health management purposes and is widely used across European contexts.

Source: World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

interpreter

Term first introduced in: **Module 3 pg. 29** (version for interpreters and cultural mediators) / **pg. 28** (version for other profiles)

A professional who is expected to convert oral communication from a source language (language/s of the country of origin of a migrant) to a target language (language of the host country) and vice versa to ensure appropriate communication between migrants and staff of public authorities in particular who do not speak the same language.

Note: The role of interpreters in asylum and migration procedures is expected to provide accurate and complete message transfer into the target language and vice versa preserving the content and intent of the source message without omission or distortion.

Source: European Commission. (2024, April 29). *EMN Asylum and Migration Glossary*. Directorate-General for Migration and Home Affairs https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en

Intersectionality

Term first introduced in: **Module 2 pg. 23**

A concept first introduced by Professor Kimberlé Crenshaw in 1989, which acknowledges that individuals experience oppression and discrimination in distinct and complex ways due to the intersection of multiple social identities. For example, a middle-aged white woman from a disadvantaged background may face different forms of marginalization compared to a young Black woman from a privileged socioeconomic status or an older Hispanic man with a disability. Social identity is shaped by a variety of factors, such as gender, race, class, sexual orientation, age, physical ability, and mental health, all of which interact in ways that influence an individual's experiences.

Source: Mental Health Europe. (n.d.). *Intersectionality & mental health: Embracing diversity*. Retrieved April 13, 2025, from <https://www.mentalhealtheurope.org/what-we-do/intersectionality/>

involuntary dislocation

Term first introduced in: **Module 1 pg. 14**

A concept first introduced by Professor Renos K. Papadopoulos which refers to two distinct but interrelated facets or moments of dislocation: (a) the experience in which a person, family, or community no longer feels 'at home' in their own home – this represents a specific form of dislocation, a loss of the sense of belonging within one's own environment; and (b) the subsequent movement away (primarily

physical and geographical, but also psychological, cultural, and social) from the space that has lost its feeling of home.

Source: Papadopoulos, R. K. (2021). *Involuntary Dislocation. Home, Trauma, Resilience and Adversity-Activated Development* (p. 39). London: Routledge.

language barriers

Term first introduced in: **Module 3 pg. 28**

The challenges in communication that arise when individuals or groups do not share a common language or have limited proficiency in each other's language. These barriers can impede access to essential services, including healthcare, education, and social support, leading to misunderstandings, reduced quality of care, and social exclusion.

Source: European Commission. (2024). *The language barrier: the invisible yet critical cross-border obstacle*. Retrieved April 13, 2025, from <https://futurium.ec.europa.eu/en/border-focal-point-network/library/language-barrier-invisible-yet-critical-cross-border-obstacle>

mental disorder

Term first introduced in: **Module 1 pg. 55**

A clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behavior. It is usually associated with distress or impairment in important areas of functioning. Mental disorders may also be referred to as mental health conditions. The latter is a broader term covering mental disorders, psychosocial disabilities, and (other) mental states associated with significant distress, impairment in functioning, or risk of self-harm.

Source: World Health Organization (2022). *Mental disorders – key facts*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 4**

A state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.

Source: World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health – strengthening our response*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

mental health inequities

Term first introduced in: **Module 1 pg. 17**

The unequal distribution of opportunities for individuals to lead a flourishing life and enjoy good health, both between and within societies. These disparities are influenced by factors such as socioeconomic status, access to healthcare, and social determinants of health.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. WHO Document WHO-IER-CSDH-08.1. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

mental health and psychosocial support (MHPSS)

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

A term used to describe any type of local or outside support that aims to protect or promote psychosocial well-being and/or prevent or treat mental disorders. The term ‘psychosocial’ denotes the inter-connection between psychological and social processes and the fact that each continually interacts with and influences the other.

Source: Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2010). IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?*

migrant

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

An umbrella term, not defined under international law, reflecting the common lay understanding of a person who moves away from their place of usual residence, whether within a country or across an international border, temporarily or permanently, and for a variety of reasons. The term includes a number of well-defined legal categories of people, such as migrant workers; persons whose particular types of movements are legally defined, such as smuggled migrants; as well as those whose status or means of movement are not specifically defined under international law, such as international students.

Note: At the international level, no universally accepted definition for “migrant” exists. The present definition was developed by IOM for its own purposes and it is not meant to imply or create any new legal category.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migration

Term first introduced in: **Module 1 pg. 9**

The movement of persons away from their place of usual residence, either across an international border or within a State.

Source: International Organization for Migration. (2019). *International migration law no. 34: Glossary on migration*. International Organization for Migration. <https://publications.iom.int/books/international-migration-law-ndeg34-glossary-migration>

migratory mourning

Term first introduced in: **Module 1 pg. 46**

The psychological and emotional challenges migrants face during the process of migration. Inspired by the mythical journey of the Greek hero Odysseus (Ulysses), this model may help field workers identify specific areas in migrants’ lives that need special attention to promote resilience and prevent severe mental health challenges.

Source: Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief: The Ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6(6), 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>

nonverbal communication

Term first introduced in: **Module 3 pg. 7**

The act of conveying information without the use of words. Nonverbal communication occurs through facial expressions, gestures, body language, tone of voice, and other physical indications of mood, attitude, approbation, and so forth, some of which may require knowledge of the culture or subculture to understand.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Nonverbal communication. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/nonverbal-communication>

non-violent communication (NVC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 11**

A communication process developed by American psychologist and mediator, Marshall B. Rosenberg, designed to resolve conflicts through compassion and understanding. It focuses on creating meaningful connections by fostering empathy, expressing needs, and finding mutually beneficial solutions that address the needs of all parties.

Source: Center for Nonviolent Communication. (n.d.). *What is Nonviolent Communication (NVC)?* Retrieved April 11, 2025, from <https://www.cnvc.org/learn/what-is-nvc>

oversimplification

Term first introduced in: **Module 2 pg. 18**

A process of describing or explaining something in a way that excludes essential details or complexity, resulting in a misleading or inaccurate understanding of the issue. It often occurs when nuanced problems are reduced to simple statements or solutions that do not reflect their true nature.

Source: Cambridge English Dictionary. (n.d.). *Oversimplification*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/oversimplification>

post-traumatic growth

Term first introduced in: **Module 1 pg. 31**

The positive psychological changes that can occur as individuals struggle with and process highly challenging life events. Among migrants and refugees, it involves a reflective meaning-making process through which individuals reinterpret their traumatic experiences, often leading to strengthened relationships, a deeper appreciation of life, personal resilience, new possibilities, and spiritual or existential growth. This transformation is not the absence of distress but rather a parallel process, where growth arises through the struggle – not despite it.

Source: Chan, K. J., Young, M. Y., & Sharif, N. (2016). Well-being after trauma: A review of posttraumatic growth among refugees. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 57(4), 291–299. <https://doi.org/10.1037/cap0000065>

psychosocial well-being

Term first introduced in: **Module 1 pg. 6**

The interplay between individual psychological processes (such as emotions, thoughts, and behaviors) and the broader social environment, including relationships, community, culture, and societal conditions. It

captures how people function emotionally and socially, and how external factors such as displacement, discrimination, or support systems influence their mental health and overall quality of life.

Source: Eiroa-Orosa, F. J. (2020). Understanding psychosocial wellbeing in the context of complex and multidimensional problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5937. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165937>

reflective practice

Term first introduced in: **Module 3 pg. 10**

A process through which professionals critically examine and learn from their experiences to deepen understanding, particularly in complex situations. It fosters continuous professional development and improves clinical decision-making through self-awareness and contextual insight.

Source: Prosser, M., Stephenson, T., Mathur, J., Enayati, H., Kadie, A., Abdi, M. M., Handuleh, J. I. M., & Keynejad, R. C. (2021). Reflective practice and transcultural psychiatry peer e-learning between Somaliland and the UK: A qualitative evaluation. *BMC Medical Education*, 21, 58. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02465-y>

refugee

Term first introduced in: **Module 1 pg. 13**

Under international law, the United Nations Convention on the Status of Refugees, 1951, defines a refugee as a person who 'owing to a well-founded fear of being persecuted for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion is outside the country of his nationality and is unable, or owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence, as a result of such events, is unable to or, owing to such fear, is unwilling to return to it' (Article 1 (A)(2)).

Source: United Nations High Commissioner for Refugees. (2011). *Handbook and guidelines on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees* (HCR/1P/4/ENG/Rev. 3). <https://www.unhcr.org/publications/legal/handbook-and-guidelines-procedures-and-criteria-determining-refugee-status>

A person who, owing to a well-founded fear of persecution for reasons of race, religion, nationality, membership of a particular social group or political opinion, is outside the country of his nationality and is unable or, owing to such fear, is unwilling to avail himself of the protection of that country; or who, not having a nationality and being outside the country of his former habitual residence as a result of such events, is unable or, owing to such fear, is unwilling to return to it.

Source: United Nations. (1951). *Convention relating to the status of refugees* (adopted 28 July 1951, entered into force 22 April 1954), 189 U.N.T.S. 137, Article 1A(2). <https://www.unhcr.org/3b66c2aa10>

resilience

Term first introduced in: **Module 1 pg. 30**

In the context of humanitarian, development, peacebuilding, and security policies and operations, the ability of individuals, households, communities, cities, institutions, systems, and societies to prevent, resist, absorb,

adapt, respond and recover positively, efficiently, and effectively when faced with a wide range of risks, while maintaining an acceptable level of functioning and without compromising long-term prospects for sustainable development, peace and security, human rights, and well-being for all.

Source: United Nations Development Group, & Inter-Agency Standing Committee. (2015). *Joint letter from UNDG and IASC chairs on guiding principles on advancing resilience* (p.3).

https://interagencystandingcommittee.org/system/files/undg-iasc_joint_letter_on_resilience_final.pdf

risk and protective factors

Term first introduced in: **Module 1 pg. 29**

The multiple individual, social, and structural determinants throughout our lives that may combine to protect or undermine our mental health and shift our position on the mental health continuum.

Source: World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

social determinants of health

Term first introduced in: **Module 1 pg. 18**

The conditions in which people are born, grow, live, work and age and are mostly responsible for health inequities – the unfair and avoidable differences in health status seen within and between countries.

Source: World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

stigma

Term first introduced in: **Module 2 pg. 7**

The negative attitudes and beliefs directed toward individuals or groups based on certain characteristics, such as mental health conditions. It can manifest in several forms, including self-stigma (internalized negative beliefs), help-seeking stigma (fear of seeking help due to perceived judgment), associative stigma (stigma associated with being connected to a stigmatized individual), public stigma (societal prejudices and discrimination), and anticipated stigma (fear or expectation of being stigmatized).

Source: Crowe, A., Averett, P., Glass, J. S., Dotson-Blake, K. P., Grissom, S. E., Ficken, D. K., & Holmes, J. (2016). Mental health stigma: Personal and cultural impacts on attitudes. *Journal of Counselor Practice*, 7(2), 97–119. <https://doi.org/10.22229/spc801925>

stress

Term first introduced in: **Module 4 pg. 6**

The physiological or psychological response to internal or external stressors. It involves changes affecting nearly every system of the body, influencing how people feel and behave. For example, it may be manifested by palpitations, sweating, dry mouth, shortness of breath, fidgeting, accelerated speech, and the intensification of negative emotions, especially if already present. While stress is often seen in a negative light, optimal levels of stress (also known as ‘eustress’) can enhance performance and motivation, helping individuals manage challenges effectively. However, severe stress is characterized by the General

Adaptation Syndrome (GAS), a three-stage process that describes the body's reaction to stress over time: the alarm stage (the initial "fight or flight" response), the resistance stage (where the body adapts but remains on alert), and the exhaustion stage (where prolonged stress depletes the body's resources, leading to burnout). These mind-body changes contribute to psychological and physiological disorders, negatively impacting both mental and physical health, and reducing overall quality of life.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stress. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stress>

stressor(s)

Term first introduced in: **Module 4 pg. 5**

Any event, force, or condition that results in physical or emotional stress. Stressors may be internal or external forces that require adjustment or coping strategies on the part of the affected individual.

Source: American Psychological Association, (n.d.). Stressor. *APA Dictionary*. Retrieved April 11, 2025, from <https://dictionary.apa.org/stressor>

structural competence

Term first introduced in: **Module 3 pg. 22**

The trained ability to discern how a host of issues defined clinically as symptoms, attitudes, or diseases (e.g., depression, hypertension, obesity, smoking, medication "non-compliance," trauma, psychosis) also represent the downstream implications of a number of upstream decisions about such matters as health care and food delivery systems, zoning laws, urban and rural infrastructures, medicalization, or even about the very definitions of illness and health.

Source: Wang E. E. (2019). Structural Competency: What Is It, Why Do We Need It, and What Does the Structurally Competent Emergency Physician Look Like?. *AEM education and training*, 4(Suppl 1), S140–S142. <https://doi.org/10.1002/aet2.10415>

translator

Term first introduced in: **Module 3 pg. 30**

A professional who converts written text from one language into another, ensuring that the meaning, context, style, and tone are accurately preserved. This process involves not only linguistic skills but also cultural understanding to convey nuances appropriately.

Source: Translators without Borders. (n.d.). *Field guide to humanitarian interpreting & cultural mediation*. Retrieved April 10, 2025, from <https://translatorswithoutborders.org/wp-content/uploads/2017/04/Guide-to-Humanitarian-Interpreting-and-Cultural-Mediation-English-1.pdf>

unaccompanied and separated children (UASC)

Term first introduced in: **Module 3 pg. 50**

Children, as defined in Article 1 of the Convention on the Right of the Child, who have been separated from both parents and other relatives and are not being cared for by an adult who, by law or custom, is responsible for doing so.

Note: In the context of migration, children separated from both parents or other caregivers are generally referred to as unaccompanied migrant children (UMC).

Source: United Nations Committee on the Rights of the Child. (2005). *General comment No. 6: Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin* (CRC/GC/2005/6, para. 7). United Nations. <https://www.unhcr.org/media/convention-rights-child-general-comment-no-6-2005-treatment-unaccompanied-and-separated>



Funded by the European Union.

This work is licensed under a

Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.

[Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC-BY-NC 4.0).