

Teaching Recovery Techniques: Πιλοτική μελέτη ομαδικής παρέμβασης σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες

Βασιλική-Μαρία Ερμηλίου¹, Ιωάννα Γιαννοπούλου²

¹ Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών

² Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Αλληλογραφία: Ιωάννα Γιαννοπούλου, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, 1 Ριμίνι, 12462, Χαϊδάρι,
Email: igiannop@med.uoa.com

Περίληψη

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αύξηση των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (ΑΑΠ), ενώ μεγαλύτερες ροές καταφθάνουν στην Ελλάδα από χώρες της Δυτικής Αφρικής. Πολλοί ΑΑΠ παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές δυσκολίες, γεγονός που καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ομαδικών, βραχυπρόθεσμων ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος Teaching Recovery Techniques (TRT) σε ΑΑΠ, και, συγκεκριμένα, η αξιολόγηση της δυνατότητας εφαρμογής του στον πληθυσμό αυτό, καθώς και της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) και κατάθλιψης. Η παρέμβαση εφαρμόστηκε σε τέσσερις ΑΑΠ από την Γκάμπια. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια αυτο-αναφοράς CRIES-8 και DSRS-C, πριν και μετά την παρέμβαση. Με βάση την περιγραφική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, παρατηρήθηκε κλινική αλλαγή όσον αφορά τη ΔΜΤΣ σε έναν μόνο συμμετέχοντα, ενώ η επισκόπηση των βαθμολογιών στα επιμέρους λήμματα των κλιμάκων ανέδειξε μείωση των παρεισφρητικών συμπτωμάτων στους δύο από τους τέσσερις συμμετέχοντες. Δεν σημειώθηκε μεταβολή βαθμολογίας στα λήμματα αποφυγής. Μετά τη λήξη της παρέμβασης, ένας μόνο συμμετέχοντας παρουσίασε βαθμολογία πάνω από την τιμή ουδού του DSRS-C, ενώ τρεις από τους τέσσερις παρουσίασαν μικρή μείωση στη συνολική βαθμολογία. Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που αντλήθηκαν από τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης, ανέδειξε την πολιτισμική προοπτική του τρόπου με τον οποίο οι ΑΑΠ αντιλαμβάνονται το στρες, τη ΔΜΤΣ και πώς το αντιμετωπίζουν. Επίσης, ανέδειξαν πώς οι πολιτισμικοί παράγοντες ενδεχομένως αποτελούν εμπόδιο στην εκμάθηση μεριστικών στρατηγικών διαχείρισης του τραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες υπέδειξαν ως πιο βοηθητικές τις τεχνικές που προωθούν τον διάλογο και διασφαλίζουν το αίσθημα ασφάλειας εντός της ομάδας.

Λέξεις-κλειδιά: Ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, πρόγραμμα TRT, διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη

1. Εισαγωγή

Την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των ασυνόδευτων ανήλικων προσφύγων (ΑΑΠ) αιτούντων ασύλου στις ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας, το 2022, περίπου 42.230 ασυνόδευτοι ανήλικοι αιτήθηκαν άσυλο σε κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης [1, 2]. Ειδικότερα στην Ελλάδα, τον Ιούνιο του 2024 ο εκτιμώμενος αριθμός των ασυνόδευτων ανήλικων ανήλθε στους 2.022, εκ των οποίων το 89% είναι αγόρια και το 12% κάτω των 15 ετών. Οι χώρες από τις οποίες προέρχονται οι ΑΑΠ είναι η Αίγυπτος (35%), η Σομαλία (17%), το Αφγανιστάν (16%), η Συρία (11%), το Πακιστάν (6%), ενώ το 15% προέρχεται από άλλες χώρες [3]. Μεταξύ των ΑΑΠ που

καταφθάνουν στην Ευρώπη, αρκετοί προέρχονται από χώρες της Δυτικής Αφρικής, όπως η Γκάμπια [4-6]. Οι ΑΑΠ αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα, εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών που έχουν βιώσει πριν και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, καθώς και της παραμονής τους σε επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης πριν από την τοποθέτησή τους σε δομές παιδικής προστασίας. Συχνά έχουν βιώσει πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες, όπως πολέμους ή εμφύλιες ένοπλες συγκρούσεις στη χώρα καταγωγής, απώλεια ή εξαφάνιση μελών της οικογένειάς τους, εκτεταμένες κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες, με προεξάρχουσα τη διαβίωση σε συνθήκες κάτω από τα όρια της φτώχειας [7, 8]. Επιπλέον, αρκετοί έχουν πέσει θύματα οργανωμένων δικτύων διακίνησης ανθρώπων [4, 6],

ενώ 3 στα 4 παιδιά που μεταναστεύουν από την Υποσαχάρια Αφρική προς την Ευρώπη υφίστανται εκμετάλλευση [9]. Επιπροσθέτως, πολλοί ΑΑΠ παρουσιάζουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, τα οποία συνδέονται με τις παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες και τους ψυχοπρεσβαστικούς παράγοντες που βιώνουν στη χώρα υποδοχής [10, 11]. Οι ψυχικές διαταραχές που απαντώνται συχνότερα στους ΑΑΠ είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) με ποσοστό περίπου 19-52,7%, η κατάθλιψη (10,3-32,8%), οι αγχώδεις διαταραχές (8,7-31,6%), ενώ το 19,8-35% εκδηλώνει συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς [12-15]. Σε μια πρόσφατη μελέτη σε αιτούντες ασύλου από τη Δυτική Αφρική, το 79% πληρούσε τα κριτήρια για τη διάγνωση ΔΜΤΣ, ενώ το 30% για τη διάγνωση σύνθετης διαταραχής μετατραυματικού στρες (ΣΔΜΤΣ) [6].

Οι περισσότερες μελέτες έχουν επισημάνει πως οι ανάγκες ψυχικής υγείας των ΑΑΠ δεν καλύπτονται επαρκώς, λόγω περιορισμένης προσβασιμότητάς τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ελλιπούς γνώσης τους για το σύστημα υγείας στη χώρα υποδοχής. Ακόμα, η υποστελέχωση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού, καθιστούν επιτακτική την εκπαίδευση επαγγελματιών που παρέχουν ψυχοκοινωνική στήριξη σε ΑΑΠ σε τεκμηριωμένες και αποτελεσματικές –σε σχέση με το κόστος τους– παρεμβάσεις στον χώρο διαβίωσής τους ή στην κοινότητα [16]. Προκειμένου να ξεπεραστούν τα εμπόδια στην παροχή ατομικής ψυχοθεραπείας (π.χ. έλλειψη εξειδικευμένων θεραπειών και πολιτισμικών διαμεσολαβητών) έχουν σχεδιαστεί ομαδικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ σε ΑΑΠ, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνεται το πρόγραμμα Teaching Recovery Techniques (TRT), με ενθαρρυντικά αποτελέσματα [16-27].

1.1. Εκπαίδευση σε Τεχνικές Ανάκαμψης (Teaching Recovery Techniques – TRT)

Το πρόγραμμα Τεχνικές Ανάκαμψης (TRT) αποτελεί ένα ομαδικό πρωτόκολλο παρέμβασης, το οποίο συνοδεύεται από εγχειρίδιο που δημιουργήθηκε στην αρχική του μορφή από τους Smith και συνεργάτες [17] για εφαρμογή σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος που έχουν πληγεί, είτε από τον πόλεμο είτε από φυσικές καταστροφές, και υπάρχει ανάγκη έγκαιρης παρέμβασης και ταυτόχρονης ψυχολογικής υποστήριξης μεγάλου αριθμού παιδιών [17-19]. Πρόκειται για ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα δευτερογενούς πρόληψης και βραχύχρονης διάρκειας (5 συνεδρίες για τα παιδιά και 2 για τον γονέα/φροντιστή του παιδιού) που βασίζεται στο μοντέλο της Γνωσιακής-Συμπεριφοριστικής Θεραπείας (ΓΣΘ). Η εφαρμογή του προϋποθέτει σύντομη εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών), των φροντιστών και εκπαιδευτικών, η ψυχοθεραπευτική εκπαίδευση των οποίων δεν είναι προαπαιτούμενη. Συνοψίζοντας, το πρόγραμμα TRT αποτελεί ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση και αποσκοπεί στην καλλιέργεια δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, ενώ για τους ανήλικους που εκτός από συμπτώματα μετατραυματικού στρες εμφανίζουν συννοσηρότητα με σοβαρότερες μορφές ψυχοπαθολογίας, όπως η κατάχρηση ουσιών, τα ψυχωσικά συμπτώματα, οι αυτοτραυματισμοί/αυτοκτονικός ιδεασμός, συνίσταται η παραπομπή σε εξειδικευμένα πλαίσια.

Το 2015, κλινικοί εφάρμοσαν την παρέμβαση TRT για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας στους ΑΑΠ [18]. Η εφαρ-

μογή της στον συγκεκριμένο πληθυσμό ανέδειξε την ανάγκη αναπροσαρμογής του προγράμματος λόγω των ιδιαιτεροτήτων των ΑΑΠ. Αναλυτικότερα, συγκριτικά με τα παιδιά για τα οποία είχε σχεδιαστεί αρχικά, οι ΑΑΠ έχουν βιώσει πολλαπλά τραύματα, είναι συνήθως μεγαλύτερης ηλικίας και βρίσκονται σε συνθήκη αναμονής της έκβασης αίτησης ασύλου, βιώνοντας έντονο άγχος και αβεβαιότητα για το παρόν και το μέλλον (συνθήκη «in limbo») [20]. Η αναπροσαρμογή του πρωτοκόλλου TRT περιλάμβανε την προσθήκη δύο επιπλέον συνεδριών, μιας εισαγωγικής και μιας με στόχο τη διαχείριση του άγχους αναμονής και του αισθήματος αβεβαιότητας. Ως εκ τούτου, η παρέμβαση στους ΑΑΠ περιλαμβάνει 7 συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών έκαστη, ακολουθεί συγκεκριμένη δομή (προθέρμανση, εκπαίδευση σε βασικές δεξιότητες, άσκηση κλεισίματος για την αποφόρτιση των συμμετεχόντων) και ο συντονιστής (facilitator) της ομάδας έχει τη δυνατότητα να προσαρμόσει και να τροποποιήσει τη σειρά των ασκήσεων ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ομάδας. Η θεματική της κάθε συνεδρίας είναι προκαθορισμένη. Στις βασικές θεματικές συμπεριλαμβάνονται: η ψυχοεκπαίδευση, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων, η ρύθμιση του συναισθήματος, η γνωσιακή επεξεργασία και αφήγηση του τραύματος, η έκθεση in vivo και η αποκατάσταση της ασφάλειας των ανηλίκων. Οι δημιουργοί του προγράμματος προτείνουν τη διεξαγωγή δύο συναντήσεων με τον γονέα/φροντιστή με στόχο την ψυχοεκπαίδευση και την υποστήριξη των ανηλίκων στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης στρες μεταξύ των συναντήσεων [17-19]. Πιο αναλυτικά, σε αντίθεση με τη Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία Εστιασμένη στο Τραύμα για ΑΑΠ, όπου η συμπερίληψη ενός προσώπου φροντίδας/γονέα αποτελεί βασικό στοιχείο της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, στο TRT συστήνεται η συμπερίληψη ενός γονέα/φροντιστή, η οποία περιλαμβάνει την παροχή γενικών κατευθυντήριων οδηγιών και έχει ψυχοεκπαιδευτικό χαρακτήρα. Στις δύο αυτές συναντήσεις, οι οποίες προτείνονται η μία πριν από την έναρξη του προγράμματος και η δεύτερη στο τέλος, οι γενικές κατευθύνσεις εστιάζουν στην κανονικοποίηση των συμπτωμάτων, στη βελτίωση του περιβάλλοντος των ανηλίκων, στην παροχή συμβουλευτικής σχετικά με στρατηγικές αυτοβοήθειας για τους ίδιους τους φροντιστές, και στην ενημέρωση για τις τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύονται οι ανήλικοι. Από τις υπάρχουσες μελέτες που διερευνούν την αποτελεσματικότητα του TRT στους ΑΑΠ, τρεις μόνο αναφέρονται στον ρόλο των φροντιστών κατά την εφαρμογή του προγράμματος [21-23]. Στη μελέτη των Sarkadi και συνεργατών [21] επισημαίνεται ότι παρότι για την ένταξη ενός ανήλικου στο πρόγραμμα απαραίτητο κριτήριο ήταν η ένταξη ενός ενήλικα/προσώπου φροντίδας, βρέθηκε ότι οι ανήλικοι τελικά δεν είχαν επαρκή και σταθερή υποστήριξη στην εξάσκηση των τεχνικών στις οποίες εκπαιδεύονταν. Σε μια πρόσφατη τυχαioποιημένη μελέτη που περιλάμβανε την εφαρμογή του πρωτοκόλλου σε τρεις ομάδες, TRT μόνο σε ΑΑΠ, TRT και συνεδρίες με γονείς και ομάδα ελέγχου, βρέθηκε ότι ανήλικοι στη δεύτερη ομάδα παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών τους συγκριτικά με τις δύο άλλες ομάδες. Ωστόσο, οι ερευνητές επισήμαναν ότι οι δύο συνεδρίες με τους γονείς δεν ήταν επαρκείς και για τον λόγο αυτό πραγματοποίησαν πέντε συνεδρίες με τους γονείς, προκειμένου να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στις ανάγκες και στις προκλήσεις που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ίδιοι στην αλληλεπίδρασή τους με τους ανήλικους [23].

Αν και τα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν τη χρησιμότητα του πρωτοκόλλου TRT στην αντιμετώπιση της ΔΜΤΣ σε εφήβους, λίγες μελέτες διερευνούν την αποτελεσματικότητά του σε ΑΑΠ. Συγκεκριμένα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εφαρμογή σε ανήλικους πρόσφυγες εντός του σχολικού πλαισίου επέφερε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και συγκεκριμένα των παρεισφρητικών σχέσεων και αναμνήσεων, καθώς και βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών [24]. Ακόμα, οι Quota και συνεργάτες [25], σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη εφαρμογής του TRT, σε τέσσερα σχολεία της Γάζας, βρήκαν σημαντική μείωση των περιτραυματικών αποσυνδεδειγμένων συμπτωμάτων, μεγαλύτερη στα αγόρια από ό,τι στα κορίτσια, όπου η παρέμβαση φάνηκε να είναι αποτελεσματική στη μείωση των αντίστοιχων συμπτωμάτων ήπιας μόνο βαρύτητας. Ομοίως, σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη σε σχολεία στην Παλαιστίνη [26], η εφαρμογή του TRT σε ανήλικους συντέλεσε σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, κατάθλιψης και του τραυματικού πένθους.

Πρόσφατη πολυκεντρική μελέτη στη Σουηδία [21], σχετικά με την αποτελεσματικότητα του TRT στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης, έδειξε ότι, ενώ οι συμμετέχοντες πριν από την παρέμβαση παρουσίαζαν μέτρια έως σοβαρή καταθλιπτική συμπτωματολογία (83%) και αυτοκτονικό ιδεασμό (48%), μετά την παρέμβαση το 33% των συμμετεχόντων εμφάνισε ύφεση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και το 22% ύφεση των συμπτωμάτων της ΔΜΤΣ. Σε μια άλλη έρευνα [7], όπου αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τη ζωή και τα συμπτώματα ΔΜΤΣ πριν και μετά τη λήξη του προγράμματος TRT, βρέθηκε ότι η παρέμβαση είχε μεγαλύτερα οφέλη στους ανήλικους που είχαν λάβει άσυλο συγκριτικά με εκείνους που η αίτησή τους είχε απορριφθεί ή βρισκόνταν σε κατάσταση αναμονής. Τέλος, δύο πρόσφατες μελέτες [22, 23] έδειξαν ότι οι ανήλικοι που δέχθηκαν την παρέμβαση TRT ταυτόχρονα με συνεδρίες γονέων, παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών δυσκολιών, συγκριτικά με εκείνους που είτε δέχθηκαν μόνο την παρέμβαση TRT είτε ανήκαν στην ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, σημαντικά ζητήματα ανέδειξε η θεματική ανάλυση των εμπειριών επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής σχετικά με την εφαρμογή παρεμβάσεων βασισμένων σε πρωτόκολλα [27]. Συγκεκριμένα, οι προκλήσεις αφορούσαν το γεγονός ότι οι υπάρχουσες έρευνες εστιάζουν κυρίως στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος TRT σε παιδιά και λιγότερο σε θέματα εφαρμογής του, όπως το είδος εκπαίδευσης και εποπτείας που λαμβάνουν οι επαγγελματίες στην εφαρμογή του πρωτοκόλλου και κατά πόσο το εφαρμόζουν ευέλικτα ή σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειριδίου.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η πιλοτική εφαρμογή του προγράμματος TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε ξενώνες φιλοξενίας ασυνόδευτων ανηλίκων στην Αθήνα. Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν η αξιολόγηση της δυνατότητας εφαρμογής του TRT προγράμματος στον συγκεκριμένο πληθυσμό, καθώς και της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης. Αν και οι προηγούμενες έρευνες είχαν εστιάσει κυρίως στην εφαρμογή του προγράμματος σε ΑΑΠ που προέρχονταν από εμπόλεμη ζώνη ή χώρες που έχουν υποστεί φυσικές καταστροφές, στην παρούσα μελέτη διερευνάται η εφαρμογή του TRT σε ασυνόδευτους ανήλικους από την Γκάμπια, οι οποίοι, μολονότι δεν προέρχονταν

από εμπόλεμη χώρα, είχαν βιώσει τραυματικές εμπειρίες και παρουσίαζαν συμπτώματα ΔΤΜΣ και κατάθλιψης.

2. Υλικό και μέθοδοι

2.1. Συμμετέχοντες

Η επιλογή των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα βασίστηκε στον συνδυασμό της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling) με τη δειγματοληψία κριτηρίου (criterion sampling) [28]. Πιο αναλυτικά, τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν η ομοιογένεια ως προς: (α) τη χώρα καταγωγής και τη μητρική γλώσσα, και (β) την ηλικία. Τα κριτήρια ένταξης προέκυψαν, αφενός, από ερευνητικές μελέτες που υποδεικνύουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της παρέμβασης TRT σε ομοεθνείς [17-19] και, αφετέρου, από πρακτικές δυσκολίες που θα επέφερε η ταυτόχρονη διερμηνεία διαφορετικών εθνικοτήτων. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η παρουσία σοβαρών μορφών ψυχοπαθολογίας, όπως η ΔΜΤΣ σοβαρής βαρύτητας, η ψυχωσική διαταραχή, το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, η παραβατικότητα, η χρήση ουσιών και οι γενικευμένες μαθησιακές δυσκολίες.

Ακολουθώντας ένα δειγματοληπτικό πλαίσιο ευκολίας συλλογής δεδομένων, το αρχικό κάλεσμα για συμμετοχή στη μελέτη έγινε μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας και στη συνέχεια ηλεκτρονικής αλληλογραφίας με επτά δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας ΑΑΠ. Τρεις από τις τέσσερις δομές, αν και αρχικά ανταποκρίθηκαν θετικά στην πρόσκληση, στην πορεία υπήρξε δυσκολία στην εφαρμογή του πρωτοκόλλου λόγω της εφαρμογής κριτηρίων ένταξης στη μελέτη (δειγματοληψία κριτηρίου). Στις δύο από τις τρεις δομές υπήρξαν δυσκολίες στη σύσταση ομοιογενών ομάδων ως προς τη χώρα καταγωγής και τη μητρική γλώσσα, την απουσία σταθερής διερμηνείας, καθώς και των συνεχόμενων αλλαγών στη σύσταση του πληθυσμού των ΑΑΠ.

Ο ξενώνας που ανταποκρίθηκε θετικά στην πρόσκληση συμμετοχής στη μελέτη φιλοξενούσε 40 ασυνόδευτα αγόρια, ηλικίας 14-18 ετών, διαφορετικής εθνοπολιτισμικής προέλευσης. Σε επικοινωνία με την επιστημονικά υπεύθυνη της δομής και τα πρόσωπα φροντίδας, διαπιστώθηκε ότι από τους 40 ωφελούμενους που δυνητικά θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα υπήρξαν δυσκολίες στη στρατολόγηση επειδή δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης στη μελέτη. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών, που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, δεν υπήρχε παρουσία σταθερής διερμηνείας, με αποτέλεσμα το τελικό δείγμα να περιοριστεί σε τέσσερις συμμετέχοντες από την Γκάμπια, οι οποίοι δέχθηκαν να λάβουν μέρος στην παρέμβαση. Οι δύο από τους τέσσερις ήταν 18 ετών και οι άλλοι δύο, 17 και 16 ετών, αντιστοίχως. Οι τέσσερις συμμετέχοντες είχαν καταγραφεί ως ασυνόδευτοι ανήλικοι, καθώς έφτασαν στην Ελλάδα σε ηλικία <18 ετών, χωρίς τη συνοδεία γονέα ή νόμιμου κηδεμόνα. Και οι τέσσερις μιλούσαν αγγλικά και mandinka, και διέμεναν στη δομή φιλοξενίας από 7 έως 12 μήνες. Οι συμμετέχοντες είχαν μεγαλώσει σε περιοχές της χώρας καταγωγής τους, όπου η αγγλική γλώσσα χρησιμοποιείται ως δεύτερη γλώσσα, κάτι που τους επέτρεπε να μιλούν αγγλικά με ευχέρεια. Αυτό το γεγονός καθιστούσε δυνατή τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα TRT και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς χωρίς παρουσία διερμηνέα.

2.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων βασίστηκε στις χειρόγραφες σημειώσεις της συντονίστριας της ομάδας που αφορούσαν

τα λεγόμενα των συμμετεχόντων σε κάθε συνάντηση, καθώς οι ανήλικοι δεν έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τη μαγνητοφώνηση των συνεδριών. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του TRT χρησιμοποιήθηκαν πριν και μετά την έναρξη της παρέμβασης οι εξής κλίμακες: (α) *Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES-8)* [29] – κλίμακα αυτοαναφοράς με καλές ψυχομετρικές ιδιότητες [20, 29-31], η οποία μετρά τα συμπτώματα ΔΜΤΣ σε παιδιά 8-18 ετών και περιλαμβάνει 8 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται σε τετραβάθμια κλίμακα Likert (Καθόλου = 0, Σπάνια = 1, Μερικές φορές = 3 και Συχνά = 5). Αποτελείται από δύο υποκλίμακες: «Παρεϊσφόρηση» και «Αποφυγή». Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των τιμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις και κυμαίνεται από 0 έως 40 για τη συνολική κλίμακα, ενώ βαθμολογία 17 και άνω αποτελεί την τιμή ουδού (cut off score) για πιθανή ΔΜΤΣ. (β) *Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS-C)* – αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από 18 ερωτήματα και μετρά συμπτώματα κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους 8-18 ετών [32-35]. Τα παιδιά καλούνται να βαθμολογήσουν σε τριτοβάθμια κλίμακα Likert, αν είχαν τα συμπτώματα κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων (Καθόλου = 0, Μερικές φορές = 1, Συνέχεια = 2). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 36, με τιμή ουδού ≥ 15 για πιθανή κλινική κατάθλιψη [32-35].

Οι ανωτέρω κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος σε προηγούμενες μελέτες [7, 19, 21, 23-26].

2.3. Σχεδιασμός και διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της ομαδικής παρέμβασης απαραίτητη ήταν η εκπαίδευση στο πρωτόκολλο TRT. Αρχικά, η ερευνήτρια συμμετείχε σε διήμερο βιωματικό εργαστήριο, το οποίο διεξήχθη από το Children & War Foundation διαδικτυακά και δόθηκε πιστοποίηση παρακολούθησης. Η εκπαίδευση περιλάμβανε το θεωρητικό υπόβαθρο και την περιγραφή του περιεχομένου της κάθε συνεδρίας, καθώς και τη βήμα προς βήμα εφαρμογή των τεχνικών και παραδείγματα για το πώς μπορεί να παρουσιαστεί το περιεχόμενο κάθε συνεδρίας.

Για τη συμμετοχή των ανηλίκων στο πρόγραμμα, αρχικά λήφθηκε έγγραφη εξουσιοδότηση από την Εισαγγελέα Ανηλίκων, καθώς και άδεια από την πρόεδρο, τη συντονίστρια και την επιστημονικά υπεύθυνη του κέντρου φιλοξενίας. Ακολούθησαν δύο ατομικές συναντήσεις με τον κάθε συμμετέχοντα πριν από την έναρξη της ομαδικής παρέμβασης. Στην πρώτη συνάντηση δόθηκε το έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης για τη συμμετοχή στη μελέτη, το οποίο παρείχε πληροφορίες για τον σκοπό της παρέμβασης, τη διαδικασία, τη διασφάλιση της εχεμύθειας και τη μη κοινοποίηση των προσωπικών τους στοιχείων. Στη δεύτερη, χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια CRIES-8 και DSRS-C, σε έντυπη μορφή στην αγγλική γλώσσα, παρουσία της ερευνήτριας για αποσαφήνιση πιθανών αποριών. Οι ΑΑΠ συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με προθυμία χωρίς να ζητήσουν διευκρινιστικές ερωτήσεις.

Τέλος, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η συντονίστρια της ομάδας ήταν ψυχολόγος στη δομή όπου διέμεναν οι τέσσερις συμμετέχοντες. Ο διπλός ρόλος της συντονίστριας δεν έρχεται σε αντίθεση με τους αρχικούς στόχους του TRT, η ανάπτυξη του οποίου αποσκοπούσε στην εκπαίδευση και στη μετέπειτα εφαρμογή του από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκπαιδευτικούς και φροντιστές που βρίσκονται σε άμεση και

σταθερή επαφή με τους ΑΑΠ [18, 19]. Καθ' όλη τη διάρκεια της παρέμβασης, η συντονίστρια λάμβανε συστηματική εποπτεία από παιδοψυχίατρο εκπαιδευμένη στο πρωτόκολλο TRT για την ορθή εφαρμογή του και επίλυση ό,τι δυσκολιών ανέκυπταν κατά τη διάρκεια παρέμβασης.

2.4. Περιγραφή του προγράμματος παρέμβασης TRT

Η ομαδική παρέμβαση διεξήχθη σε οκτώ συναντήσεις. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται συνοπτικά η θεματική και οι δραστηριότητες για την επίτευξη του στόχου της κάθε συνεδρίας. Για τις ανάγκες της παρούσας ομάδας χρησιμοποιήθηκε επιπλέον οπτικοακουστικό υλικό ψυχοεκπαίδευσης στην αγγλική γλώσσα, καθώς και χαρτοπίνακας. Στην παρούσα μελέτη, λόγω ότι οι συνεδρίες με τα πρόσωπα φροντίδας/γονείς δεν αποτελούν βασικό στοιχείο της TRT παρέμβασης και οι φροντιστές στη συγκεκριμένη δομή χρειαζόταν να εξυπηρετούν τις πολλαπλές ανάγκες των ωφελούμενων κατά τη διάρκεια του ωαρίου εργασίας τους, η συμπερίληψη των φροντιστών στο πρόγραμμα δεν ήταν εφικτή.

Πίνακας 1. Θεματική και δραστηριότητες κάθε συνεδρίας

Θεματική	Δραστηριότητες
1 Εισαγωγική συνάντηση 1-Ψυχοεκπαίδευση στα συμπτώματα στρες	1. Βιωματικές ασκήσεις (σπάσιμο του πάγου και κανόνες ομάδας) 2. Χρήση οπτικοακουστικού υλικού 3. Διαφραγματική αναπνοή
2 Εισαγωγική συνάντηση 2-Ψυχοεκπαίδευση στα συμπτώματα ΔΜΤΣ	1. Συζήτηση βινέτας 2. Άσκηση νοερής απεικόνισης «ασφαλές μέρος»
3 Διαχείριση άγχους και αισθήματος αβεβαιότητας	1. Άσκηση «πλάνο ανησυχίας» 2. Εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος 3. Άσκηση «χρόνος ανησυχίας» 4. Άσκηση «Let it be» 5. Εκμάθηση απόσπαση προσοχής 6. Θετικός εσωτερικός μονόλογος
4 Ψυχοφυσιολογική υπερέγερση	1. Ψυχοεκπαίδευση «Φυγή-Πάλη-Πάγωμα» 2. Θερμόμετρο συναισθημάτων 3. Διαφραγματική αναπνοή 4. Κάρτες υπενθύμισης
5 Παρεϊσφορητικές αναμνήσεις	1. Εκπαίδευση σε τεχνικές υγιεινής ύπνου 2. Οργάνωση καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων 3. Άσκηση νοερής απεικόνισης «τεχνική οθόνης»
6 Παρεϊσφορητικές εικόνες και εφιάλτες	1. Άσκηση «Taping tap» 2. Ασκήσεις νοερής διαχείρισης εφιαλτών
7 Συμπεριφορές Αποφυγής και Αποφυγή αναμνήσεων	1. Βινέτα 2. «Σκάλα του φόβου» – Συστηματική απευαισθητοποίηση
8 Κλείσιμο ομάδας	1. Συζήτηση/απολογισμός 2. Ζωγραφική

3. Ενρήματα

3.1. Ανάλυση

Δεδομένου του μικρού αριθμού συμμετεχόντων στην ομάδα παρέμβασης και της μη κανονικής κατανομής των μεταβλητών, δεν ήταν εφικτή η στατιστική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων και, ως εκ τούτου, οι βαθμολογίες στις κλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης παρουσιάζονται ξεχωριστά για κάθε συμμετέχοντα.

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, εξαιτίας του μικρού αριθμού συμμετεχόντων, βασίστηκε στις στρατηγικές ανάλυσης που προτείνονται στις μελέτες περίπτωσης [36, 37]. Αρχικά, η επεξεργασία περιλάμβανε την προσεκτική ανάγνωση των λεγομένων των συμμετεχόντων από τις χειρόγραφες λεπτομερείς σημειώσεις της συντονίστριας της ομάδας και την περιγραφή τους, βήμα προς βήμα, μέσα από την ονομασία κατηγοριών με λέξεις/ετικέτες (naming). Οι ετικέτες βασίστηκαν σε περιγραφικά, γλωσσικά και εννοιολογικά σχόλια και αντιπροσώπευαν κατηγορίες. Μετά τον προσδιορισμό των κατηγοριών, ακολούθησε ο προσδιορισμός των υποκατηγοριών και η αντιστοίχιση αυτούσιων αντιπροσωπευτικών αποσπασμάτων. Ακολούθησαν κριτήρια αυστηρότητας και αξιοπιστίας για ποιοτικές μελέτες: οι δύο συγγραφείς (ερευνήτρια και επόπτρια) πραγματοποίησαν την κωδικοποίηση ξεχωριστά, συζήτησαν και συμφώνησαν στα τελικά ονόματα των κατηγοριών και υποκατηγοριών. Στο στάδιο αυτό έγινε αναζήτηση του τρόπου με τον οποίο οι υποκατηγορίες συνδέονται νοηματικά σε μια ευρύτερη κατηγορία.

3.2. Αποτελέσματα

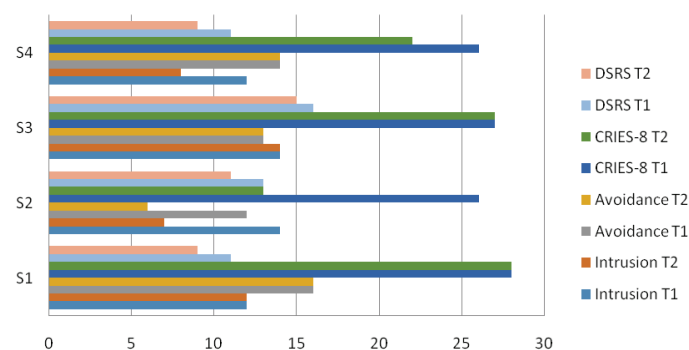
Σχετικά με τα συμπτώματα ΔΜΤΣ, όλοι οι συμμετέχοντες, πριν από την παρέμβαση είχαν στο CRIES-8 βαθμολογία >17, τιμή ουδό για πιθανή ΔΜΤΣ, ενώ μετά την παρέμβαση μόνο ένας εκ των συμμετεχόντων ήταν κάτω από την τιμή ουδό (<17).

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την επισκόπηση της βαθμολογίας στα επιμέρους λήμματα της υποκλίμακας «Παρείσφρηση», δύο συμμετέχοντες παρουσίασαν μείωση της βαθμολογίας (από 3 στο 0 και 1, αντιστοίχως) στο λήμμα που μετρά την αναστά-

τωση/έντονα συναισθήματα που εγείρει η ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος, καθώς και μείωση της βαθμολογίας (από 3 στο 1) στο λήμμα που αφορά τις παρεισφρητικές εικόνες. Δεν σημειώθηκαν μεταβολές στα λήμματα της υποκλίμακας «Αποφυγή» (βλ. Παράρτημα).

Όσον αφορά τις μετρήσεις καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, παρατηρήθηκε ότι μόνο ένας συμμετέχων πριν από την έναρξη της παρέμβασης είχε βαθμολογία άνω της τιμής ουδού του ερωτηματολογίου (πιθανή κλινική κατάθλιψη), την οποία διατήρησε μετά τη λήξη της. Οι υπόλοιποι τρεις συμμετέχοντες πριν από την έναρξη της παρέμβασης είχαν βαθμολογία κάτω από την τιμή ουδό για πιθανή κατάθλιψη και παρουσίασαν μικρού βαθμού μείωση στη συνολική βαθμολογία μετά την ολοκλήρωσή της.

Το παρακάτω Γράφημα παρουσιάζει τη βαθμολογία σε όλες τις υποκλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης.



Γράφημα. Βαθμολογία στις υποκλίμακες πριν και μετά τη λήξη της παρέμβασης DSRs = Depression Self Rating Scale· CRIES-8: Children's Revised Impact of Event Scale· T1 = πριν από την παρέμβαση· T2 = μετά τη λήξη της παρέμβασης

Από την ποιοτική ανάλυση των λεγομένων των συμμετεχόντων, κατά τη διάρκεια των οκτώ συναντήσεων, διαμορφώθηκαν οι ακόλουθες κατηγορίες και υποκατηγορίες (βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2. Κατηγορίες και υποκατηγορίες της ποιοτικής ανάλυσης

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
1. Αντίληψη του στρες	1.1. Στον εαυτό – Σωματικές εκδηλώσεις και σκέψεις	Σ1: «...πονοκέφαλος»
		Σ2: «ταχυκαρδία, εφίδρωση»
		Σ3: «πονοκέφαλος, ζάλη, αϋπνία»
		Σ4: «ταχυκαρδία, ένταση στους μυς»
		Σ1: «Πολλά πράγματα στο μυαλό σου»
		Σ2: «Κάθονται μόνοι τους, σκέφτονται αρνητικά...»
		Σ3: «Το μυαλό σου δεν σκέφτεται ευθεία, μπορεί κάποιος να σκέφτεται την αυτοκτονία»
	1.2. Στους άλλους – Εξωλεκτική επικοινωνία	Σ1: «Καταλαβαίνεις, όταν ο άλλος βιώνει στρες 5 λεπτά μετά, αφού μπεις στο χώρο, από τα μάτια, τη φωνή...»
		Σ3: «Από το πρόσωπο, τον τρόπο που μιλά, την ένταση της φωνής»
		Σ4: «Καταλαβαίνεις το στρες από τη γλώσσα του σώματος, τα μάτια...»
	1.3. Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων	Σ1: «Είναι διαφορετικό μεταξύ ανδρών και γυναικών... οι γυναίκες είναι πάντα γυναίκες... χάνουν τον έλεγχο, ενώ οι άνδρες είναι πάντα ψύχραιμοι»
		Σ3: «Οι γυναίκες τσακώνονται... βλέπεις πιο συχνά γυναίκες θυμωμένες, φοβισμένες αντί για άνδρες»

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
2. Εκλυτικοί παράγοντες του στρες	2.1. Αναμονή της απόφασης για χορήγηση ασύλου	Σ1: «Αυτές τις ανησυχίες δεν τις έχει κάποιος ατομικά, είναι κοινές ανησυχίες... Για να αφήσει τη χώρα του κάποιος εξαναγκάστηκε. Ανησυχεί για την υπόθεσή του, τη συνέντευξη, είναι μια διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο...» Σ2: «Είναι διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο» Σ3: «Δεν μπορείς να ζήσεις σε μια χώρα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα» Σ4: «Κάθε στιγμή σκέφτομαι για την υπόθεσή μου»
	2.2. Απώλειες – αποχωρισμοί/σκέψεις και ανησυχίες για αυτούς που έμειναν πίσω	Σ1: «Αυτές τις ανησυχίες δεν τις έχει κάποιος ατομικά, είναι κοινές ανησυχίες... Για να αφήσει τη χώρα του κάποιος εξαναγκάστηκε. Ανησυχεί για την υπόθεσή του, τη συνέντευξη, είναι μια διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο...» Σ2: «Είναι διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο» Σ3: «Δεν μπορείς να ζήσεις σε μια χώρα χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα» Σ4: «Κάθε στιγμή σκέφτομαι για την υπόθεσή μου»
	2.3. Δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα υποδοχής	Σ1: «Ο ρατσισμός είναι το χειρότερο, ακόμα και αν σκοτώσεις τον πατέρα μου, ο ρατσισμός είναι χειρότερος, καθέννας μας είναι ανθρώπινο ον και ο θεός είναι ο δημιουργός όλων μας, ο ρατσισμός είναι σαν ασθένεια που εξαπλώνεται», «Χρειάζομαι να βρω δουλειά, ο πατέρας μου είναι μεγάλος» Σ2: «Να βρεις δουλειά», «Στο λεωφορείο, αν δεν φοράς μάσκα, μόνο σε έναν μαύρο άνθρωπο θα κάνουν παρατήρηση, κυρίως οι ηλικιωμένοι...» Σ3: «Άλλη ανησυχία μπορεί να είναι οι πολιτισμικές διαφορές, πρέπει να καταλάβεις τη νέα χώρα και είναι μεγάλη διαφορά να προσαρμοστείς» Σ4: «Είναι σημαντικό να βρεις δουλειά, να νοικιάσεις σπίτι»
3. Ψυχολογικός αντίκτυπος του ταξιδιού	3.1. Τραυματικές εμπειρίες	Σ1: «Δεν είναι μόνο η βάρκα επικίνδυνη, τα αυτοκίνητα είναι επίσης, τόσο άνθρωποι σε ένα αυτοκίνητο, όταν περνάς τα σύνορα μπορεί να είναι 7 άτομα σε ένα αυτοκίνητο» Σ3: «Η βάρκα, είδα ένα ζευγάρι πνιγμένο και ένα μωρό»
	3.2. Εκδηλώσεις ΔΜΤΣ	Σ1: «Αισθάνεσαι το κεφάλι σου βαρύ, δεν μπορείς να κοιμηθείς», «Δεν αντέχω τα πολλά αυτοκίνητα, δεν μπορώ να είμαι με πολύ κόσμο» Σ2: «Έχουμε εφιάλτες, έχω ακόμα εφιάλτες με τον θάνατο της μητέρας μου... μιλάς στον ύπνο σου... ιδρώνεις... έχεις πονοκέφαλο, νιώθεις ξεστός...», «Η εικόνα της θάλασσας δεν φεύγει από το μυαλό μου» Σ3: «Η (εικόνα) της βάρκας, η εικόνα της αστυνομίας, η καρδιά χτυπά δυνατά, δεν μπορώ να κοιμηθώ» Σ4: «Η μυρωδιά της θάλασσας... Φοβάμαι επίσης τους ξαφνικούς θορύβους, όπως ήταν οι πυροβολισμοί στα σύνορα»
4. Βοηθητικοί τρόποι αντιμετώπισης του στρες	4.1. Θρησκευτικοί/ Πολιτισμικοί	Σ1: «Η προσευχή βοηθά να φύγουν οι εφιάλτες... ναι, όταν προσεύχομαι φεύγουν» Σ3: «Στην Γκάμπια, μιλάμε για τα όνειρά μας μόνο με τον Μαραμπού» Σ4: «Άκου το κοράνι»
	4.2. Συζήτηση με υποστηρικτικό δίκτυο	Σ1: «Μίλα με τους γονείς σου, το να μιλήσεις με τους εργαζόμενους (της δομής) δεν βοηθά» Σ2: «Να μιλήσεις με τους εργαζόμενους», «Μιλάω για τις τραυματικές μου εμπειρίες με την ψυχολόγο μου» Σ3: «Μίλα με την ψυχολόγο σου ή την κοινωνική σου λειτουργό»
5. Δυσκολίες/ Εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης στρες	5.1. Πολιτισμικές	Σ1: «Δεν είναι καλό να μιλάς για τα όνειρά σου, μπορεί να γίνουν πραγματικότητα» Σ3: «Στην Γκάμπια, μιλάμε για τα όνειρά μας μόνο με τον Μαραμπού. Πιστεύουμε ότι αν πεις ένα κακό όνειρο και μιλήσεις γι' αυτό σε κάποιον που δεν σε συμπαθεί, τότε το όνειρο θα γίνει αληθινό και το αντίθετο... Ο τρόπος σας διαφέρει πολύ από τον δικό μας» Σ4: «Η άσκηση αυτή είναι για παιδιά, όχι για εμάς» Σ3: «Είχε πλάκα, δεν έχουμε συνηθίσει τέτοιες τεχνικές»
	5.2. Δυσκολίες στην εφαρμογή	Σ1: «Στη δομή έχει πολλή φασαρία, γι' αυτό δεν μπορείς να κοιμηθείς, πώς να εφαρμόσεις αυτές τις τεχνικές» Σ2: «Πολύ ενδιαφέρουσα άσκηση, δεν ξέρω αν μπορώ να την κάνω μόνος μου» Σ3: «Αυτές τις τεχνικές μπορείς να τις κάνεις στο σπίτι σου, όχι στη δομή, καθόμαστε στο κρεβάτι γιατί μόνο στο δωμάτιο έχουμε προσωπικό χώρο, στα άλλα μέρη έχει πολλή φασαρία»

Κατηγορίες	Υποκατηγορίες	Ενδεικτικές εκφράσεις συμμετεχόντων (Σ1, Σ2, Σ3, Σ4)
6. Βοηθητικές τεχνικές για τους ίδιους		Σ1: «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Θερμόμετρο συναισθημάτων», «Διαφραγματική αναπνοή» Σ2: «Καθορισμός χρόνου ανησυχίας», «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Βινιέτα» Σ3: «Διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», «Διαφραγματική αναπνοή» Σ4: «Διαφραγματική αναπνοή», «Θερμόμετρο συναισθημάτων»
7. Μη βοηθητικές τεχνικές για τους ίδιους		Σ1: «Safe place», «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου» Σ2: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης» Σ3: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Τεχνική οθόνης», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου» Σ4: «Ρυθμικό χτύπημα γονάτων», «Πρακτικές υγιεινής ύπνου»

Σχετικά με την πρώτη κατηγορία, «Τρόποι αντίληψης του στρες», οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκε να κατανοούν τις εκδηλώσεις του στρες κυρίως μέσα από σωματικές ενοχλήσεις και λιγότεροι μέσα από την αναγνώριση των αρνητικών σκέψεων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί ο τρόπος κατανόησης του στρες στους άλλους, το οποίο γίνεται αντιληπτό κυρίως μέσα από εξωλεκτικά στοιχεία επικοινωνίας. Η δεύτερη κατηγορία αναφέρεται στους εκλυτικούς παράγοντες στρες. Βασικός παράγοντας φαίνεται να είναι το άγχος αναμονής της απόφασης χορήγησης ασύλου, ακολουθούν η ανησυχία για την οικογένειά τους και οι δυσκολίες προσαρμογής στη χώρα υποδοχής.

Η τρίτη κατηγορία αφορά τον ψυχολογικό αντίκτυπο του ταξιδιού και διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες, την άμεση έκθεση (ως μάρτυρας) σε τραυματικά γεγονότα και τις εκδηλώσεις συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, καθώς και τα ερεθίσματα που λειτουργούν ως υπενθυμίσεις των τραυματικών εμπειριών (θάλασσα, οχήματα, αστυνομία). Μέσα από τις βιωματικές ασκήσεις και τις συνακόλουθες συζητήσεις αναδείχθηκαν δύο κατηγορίες: οι βοηθητικοί τρόποι διαχείρισης του στρες και τα εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης που προτείνονται από το πρόγραμμα. Η θρησκευτική πίστη, η διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου (επικοινωνία με τους γονείς, στήριξη από ομοεθνείς, ψυχοκοινωνική στήριξη που παρέχεται στη δομή), καθώς και η συμμετοχή σε δομημένες καθημερινές δραστηριότητες δηλώθηκαν από τους ΑΑΠ ως βοηθητικές στρατηγικές στη μείωση του στρες. Αναφορικά με τις προτεινόμενες από το πρόγραμμα τεχνικές, οι συμμετέχοντες συγκατέλεξαν στις βοηθητικές τις τεχνικές χαλάρωσης («διαφραγματική αναπνοή»), το «θερμόμετρο συναισθημάτων» και τη «διαμόρφωση πλάνου ανησυχίας», ενώ ως λιγότερο βοηθητικές θεώρησαν το «ρυθμικό χτύπημα γονάτων», την «τεχνική οθόνης» και τις πρακτικές υγιεινής ύπνου. Τα εμπόδια στην εκμάθηση και οι δυσκολίες στην εφαρμογή των τελευταίων φαίνεται να συνδέονται με τις πολιτισμικές επιρροές και πρακτικά ζητήματα στο πλαίσιο της ζωής στον ξενώνα.

4. Συζήτηση

Η παρούσα πιλοτική μελέτη αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια στον ελληνικό χώρο να διερευνηθεί η δυνατότητα εφαρμογής του προγράμματος TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του στη μείωση συμπτωμάτων ΔΜΤΣ και κατάθλιψης. Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς που διέπουν την παρούσα μελέτη λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων και απουσίας ομάδας ελέγχου, που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των συμπερασμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ανήλικων

προσφύγων, τα ευρήματά της έχουν σημαντική αξία για την κλινική πρακτική και μελλοντική έρευνα, όπως έχουν και οι μελέτες περίπτωσης [36, 37].

Οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν επιτρέπουν την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης για κάθε συμμετέχοντα της ομάδας. Στην παρούσα μελέτη, η συνολική βαθμολογία για κάθε συμμετέχοντα στην κλίμακα CRIES-8, πριν και μετά την παρέμβαση, παρουσίασε ομοιότητες με τα ευρήματα προηγούμενης μελέτης [21], στην οποία ο μέσος όρος πριν από την παρέμβαση ήταν 29.02 (± 6.33) και μετά την παρέμβαση 25.93 (± 5.96). Σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες που έχουν αναδείξει την κλινική αλλαγή όσον αφορά τη ΔΜΤΣ μετά την εφαρμογή του προγράμματος TRT, στην παρούσα μελέτη μόνο ένας από τους τέσσερις συμμετέχοντες (25%) παρουσίασε βαθμολογία κάτω από την τιμή ουδού της κλίμακας CRIES-8 (<17) [20, 21, 25, 26]. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι η παρέμβαση ολοκληρώθηκε σε έξι αντί σε οκτώ εβδομάδες, με αποτέλεσμα να μην υπήρξε ο απαιτούμενος χρόνος για την εκμάθηση των τεχνικών αντιμετώπισης των συμπεριφορών αποφυγής. Μια άλλη πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι συμμετέχοντες ζούσαν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα σε συνθήκη «in limbo», καθώς, από τη μια πλευρά, βίωναν άγχος αναμονής για την έκβαση της αίτησης ασύλου και, από την άλλη, το επόμενο διάστημα επρόκειτο να αποχωρήσουν από τη δομή λόγω της επερχόμενης ενηλικίωσής τους. Πρόσφατη μελέτη [20] έδειξε ότι η μακρόχρονη παραμονή των ΑΑΠ σε συνθήκη «in limbo» σε συνδυασμό με τις πολλαπλές τραυματικές εμπειρίες τους σχίζεται με αυξημένα επίπεδα ΔΜΤΣ. Ακόμα, η μείωση της βαθμολογίας, κατά δύο μονάδες στο λήμμα που μετρά τις παρεισφρητικές εικόνες στους δύο από τους τέσσερις συμμετέχοντες, συνάδει με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν αναδείξει την αποτελεσματικότητα του TRT στη μείωση των παρεισφρητικών συμπτωμάτων [21, 24-26].

Όσον αφορά τις μετρήσεις των συμπτωμάτων κατάθλιψης, πριν από την παρέμβαση οι βαθμολογίες στους τρεις από τους τέσσερις συμμετέχοντες παρουσιάζουν ομοιότητες με τον μέσο όρο που βρέθηκε στην έρευνα των Ehnthol και συνεργατών (Μ.Ο. = 11.25, SD = 3.62) [24], καθώς και με τα ευρήματα της μελέτης των El-Khani και συνεργατών (Μ.Ο. = 13.32 και SD = 5.86) [22, 23]. Η βαθμολογία στο DSR5-C του ενός συμμετέχοντα παρέμεινε πάνω από την τιμή ουδού μετά τη λήξη της παρέμβασης. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι ο συγκεκριμένος ανήλικος ενημερώθηκε, κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, για τη δεύτερη απόρριψη της αίτησης ασύλου, γεγονός που επέφερε επιδείνωση του συναισθήματος απελπισίας και αβοηθητότητας.

Η αμετάβλητη βαθμολογία του εν λόγω συμμετέχοντα και στα δύο ερωτηματολόγια μετά τη λήξη της παρέμβασης συνάδει με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών που έχουν αναδείξει ότι το νομικό καθεστώς του ανήλικου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανταπόκρισή του στην παρέμβαση [7, 21, 38].

Σχετικά με τα δεδομένα που προέκυψαν από την ποιοτική ανάλυση των λεγομένων των συμμετεχόντων σημαντικό εύρημα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο οι ΑΑΠ αντιλαμβάνονται το στρες και τη ΔΜΤΣ. Οι περιγραφές των συμπτωμάτων αφορούσαν κυρίως τις σωματικές ενοχλήσεις και διαταραχές ύπνου, εύρημα σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες σε πρόσφυγες από τη Δυτική και Κεντρική Αφρική που έχουν δείξει ότι η περιγραφή των συμπτωμάτων της ΔΜΤΣ γίνεται κυρίως μέσα από την αναφορά σε σωματικές ενοχλήσεις [39, 40]. Σύμφωνα με τους Rohlf και συνεργάτες [39], τα υψηλά ποσοστά σωματοποίησης στους πρόσφυγες μπορεί να συνδέονται με τον φόβο στιγματισμού από τους ομοεθνείς τους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφορετική αντίληψη των συμμετεχόντων όσον αφορά τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης. Οι τέσσερις συμμετέχοντες, έχοντας αναγνωρίσει την ανάγκη λήψης βοήθειας για τα συμπτώματα του στρες που βιώνουν τόσο σε επίπεδο σωματικών ενοχλήσεων όσο και σκέψεων, ανέφεραν ότι στη χώρα τους θα απευθύνονταν για βοήθεια σε τοπικούς θρησκευτικούς θεραπευτές, η προσέγγιση των οποίων διαφέρει από αυτή των θεραπειών στις δυτικές χώρες. Πράγματι, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η απουσία στρατηγικών ευαισθητοποίησης σε θέματα ψυχικής υγείας, σχεδιασμού και ανάπτυξης υπηρεσιών, σε συνδυασμό με τις σημαντικές ελλείψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας στην Γκάμπια, έχουν ως αποτέλεσμα οι περισσότεροι άνθρωποι να αποδίδουν τις ψυχικές διαταραχές στην επίδραση υπερφυσικών και θρησκευτικών παραγόντων και να απευθύνονται σε τοπικούς θρησκευτικούς θεραπευτές για τη λήψη βοήθειας [41-44].

Η παρούσα μελέτη επικυρώνει την ανάγκη της συμπερίληψης στο αναθεωρημένο πρωτόκολλο TRT για τους ΑΑΠ της συνεδρίας που εστιάζει στην αντιμετώπιση του άγχους αναμονής. Όπως και στις προηγούμενες έρευνες [7, 18, 38], έτσι και στην παρούσα μελέτη το άγχος αναμονής έκβασης της αίτησης χορήγησης ασύλου φάνηκε να αποτελεί σημαντικό πρόβλημα των ΑΑΠ που χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή του προγράμματος TRT.

Επιπλέον, τα λόγια των συμμετεχόντων αναδεικνύουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ΑΑΠ κατά την προσαρμογή τους στη χώρα υποδοχής και οι οποίες μπορούν να λειτουργήσουν ως παράγοντες πρόκλησης στρες. Οι δυσκολίες στις χώρες μετεγκατάστασης, όπως ο αποχωρισμός από την οικογένεια, η εύρεση εργασίας μετά την ενηλικίωση και η κατανόηση του τρόπου ζωής, έχουν επισημανθεί ευρέως στην υπάρχουσα βιβλιογραφία [7, 9, 11, 20, 45, 46].

Σχετικά με τους βοηθητικούς τρόπους αντιμετώπισης του στρες, οι ΑΑΠ της παρούσας μελέτης τόνισαν τη θρησκευτική πίστή, την προσβασιμότητα σε θρησκευτικούς θεραπευτές, την επικοινωνία με την οικογένειά τους, τη στήριξη από ψυχολόγο και προσωπικό της δομής και τη συμμετοχή σε δομημένες δραστηριότητες. Οι τρεις τελευταίες στρατηγικές προτείνονται από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία που αφορά την ψυχοκοινωνική στήριξη των ΑΑΠ [21, 45, 46].

Αναφορικά με τα εμπόδια στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του στρες, σε αυτά συμπεριλαμβάνονται οι πολι-

τισμικές επιρροές που συμβάλλουν στη δυσκολία υιοθέτησης μερικών τεχνικών και οι πρακτικές δυσκολίες στην εφαρμογή τους. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στην εφαρμογή τεχνικών νοερής απεικόνισης και διαχείρισης των παρειασθητικών σκέψεων, εύρημα σύμφωνο με τη μελέτη των Heltne και συνεργατών [27] όπου αναφέρεται ότι οι ανήλικοι πρόσφυγες δυσκολεύτηκαν ιδιαίτερα στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης παρειασθητικών αναμνήσεων, εικόνων και εφιαλτών.

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι τεχνικές που ήταν βοηθητικές για τους ίδιους ήταν οι «βινιέτες», οι οποίες διευκόλυναν την αναγνώριση και κατανόηση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, το «πλάνο ανησυχίας», ο «καθορισμός χρόνου ανησυχίας», η διαφραγματική αναπνοή και το «θερμόμετρο συναισθημάτων». Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα προηγούμενης έρευνας [21], όπου οι ποιοτικές συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες μετά τη λήξη της παρέμβασης ανέδειξαν ως βοηθητικά στοιχεία την κανονικοποίηση των συμπτωμάτων και τη νοηματοδότηση των εμπειριών (βινιέτες, συζήτηση μεταξύ των συμμετεχόντων), την εκμάθηση τεχνικών που αφορούν τη διαχείριση των σκέψεων (άσκηση «καθορισμός χρόνου ανησυχίας») και την απόκτηση ελέγχου των συναισθημάτων (διαφραγματική αναπνοή, μυϊκή χαλάρωση). Η θετική ανταπόκριση στις παραπάνω τεχνικές μπορεί να συνδέεται, αφενός, με την ανάγκη συζήτησης και κατανόησης των συμπτωμάτων [21] και, αφετέρου, με την υπόθεση ότι στις συγκεκριμένες ασκήσεις οι συμμετέχοντες ένιωθαν ότι μπορούν να ασκήσουν περισσότερο έλεγχο και επομένως να νιώθουν πιο ασφαλείς. Σε αντίθεση με την έρευνα των Sarkadi και συνεργατών [21], στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες βρήκαν λιγότερο βοηθητικές για τους ίδιους τις ασκήσεις νοερής απεικόνισης και την άσκηση διπλής προσοχής «ρυθμικό χτύπημα γονάτων». Η μειωμένη ανταπόκριση στις εν λόγω τεχνικές μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι στις ασκήσεις αυτές, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να φέρουν στο μυαλό τους συγκεκριμένη τραυματική εμπειρία, επιλέγουν την αποφυγή από φόβο ότι θα χάσουν τον έλεγχο. Παρότι οι συμμετέχοντες δεν βρήκαν βοηθητικές τις πρακτικές υγιεινής ύπνου, δύο στους τέσσερις συμμετέχοντες σημείωσαν, μετά τη λήξη της παρέμβασης, μείωση των διαταραχών στον ύπνο. Το εύρημα αυτό συνδέεται πιθανά με τη μείωση του άγχους και την ανακούφιση που προσφέρει το μοίρασμα των δυσκολιών στην ομάδα, καθώς και με θετικά γεγονότα που συνέβησαν στη ζωή τους το ίδιο διάστημα (εύρεση εργασίας). Τέλος, το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη δεν διεξήχθησαν συνεδρίες με φροντιστές ενδεχομένως επηρέασε τη συστηματική εξάσκηση των συμμετεχόντων στις τεχνικές διαχείρισης του στρες στο διάστημα μεταξύ των ομαδικών συνεδριών. Παρότι το πρόγραμμα TRT έχει εφαρμοστεί σε αρκετές έρευνες με ΑΑΠ, τα ευρήματα όσον αφορά τον ρόλο των φροντιστών στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι ελάχιστα [21, 22, 23].

Τα ευρήματα που προέκυψαν από την πιλοτική εφαρμογή του TRT στους ΑΑΠ διέπονται από ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι κρίνεται σημαντικό να επισημανθούν. Αναλυτικότερα, τα μειονεκτήματα της μεθόδου δειγματοληψίας ευκολίας και ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων αποτελεί περιορισμό της παρούσας μελέτης και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των ΑΑΠ. Συν τοις άλλοις, η γλωσσική και πολιτισμική διαφορά μεταξύ των συμμετεχόντων και της συντονίστριας ενδεχομένως επηρέασαν τα αποτελέσμα-

τα που αναμένονταν από την παρέμβαση. Επίσης, η ανάγκη να ολοκληρωθεί η ομάδα σε διάστημα έξι εβδομάδων, αντί των οκτώ, μπορεί να επηρέασε τα αποτελέσματα της παρέμβασης, ενώ δεν επέτρεψε την επανεκτίμηση στους έξι μήνες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πριν από την έναρξη και μετά τη λήξη της παρέμβασης παρουσία της συντονίστριας της ομάδας αποτελεί περιορισμό της παρούσας μελέτης, καθώς ενδέχεται να επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Τέλος, ο διπλός ρόλος συντονίστριας-ψυχολόγου στη συγκεκριμένη δομή εκτιμάται ότι μπορεί να επηρέασε τον βαθμό αυτο-αποκάλυψης εντός της ομάδας, είτε θετικά είτε αρνητικά. Δηλαδή, είτε οι συμμετέχοντες αισθάνονταν μεγαλύτερη ασφάλεια και εμπιστοσύνη να μοιραστούν τις ανησυχίες τους αλλά και τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν κατά τη διαμονή τους στη δομή, είτε έδιναν απαντήσεις που θεωρούσαν ότι θα ήταν αρεστές στη συντονίστρια.

5. Συμπεράσματα

Με την παρούσα πιλοτική μελέτη επιχειρήθηκε η εφαρμογή ομαδικής ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης TRT σε ΑΑΠ που διαμένουν σε δομή μακροχρόνιας φιλοξενίας και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της. Παρά τους σημαντικούς περιορισμούς της μελέτης, τα ευρήματα έχουν σημαντική κλινική αξία για την πρακτική της ψυχοκοινωνικής στήριξης και για την κατεύθυνση στον σχεδιασμό μελλοντικής έρευνας σχετικά με την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος. Η παρούσα πιλοτική μελέτη ανέδειξε τη χρησιμότητά του TRT ως ενός ψυχοεκπαιδευτικού προγράμματος, βασισμένου στις αρχές της ΓΣΘ που μπορεί να συμβάλει στην ψυχολογική υποστήριξη των ΑΑΠ μέσω της εκμάθησης τεχνικών διαχείρισης του στρες. Επιπλέον, δεδομένου ότι τόσο οι εργαζόμενοι στο πεδίο όσο και οι ΑΑΠ βιώνουν πολλαπλές προκλήσεις που συχνά εμποδίζουν την παροχή αλλά και τη δυνατότητά τους να δεσμευτούν σε ατομική ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, το ομαδικό TRT πρόγραμμα λόγω της βραχύχρονης διάρκειας και της ευελιξίας στην εφαρμογή του θα μπορούσε να εφαρμοστεί σε δομές μακροχρόνιας φιλοξενίας με στόχο την πρόληψη και την έγκαιρη παρέμβαση. Επίσης, αναδείχθηκε η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων που ενδεχομένως επηρεάζουν την εφαρμογή του προγράμματος, ιδίως στην εκμάθηση των τεχνικών διαχείρισης του τραυματικού στρες, αναδεικνύοντας ως πιο βοηθητικές τις τεχνικές που προάγουν τον διάλογο και το αίσθημα ασφάλειας μέσα στην ομάδα. Λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, τις δυσκολίες που προέκυψαν στην εύρεση επαρκούς δείγματος ΑΑΠ –παρόμοιες με εκείνες στη συνηδηκή μελέτη [21]–, καθώς και τις προκλήσεις κατά τη διεξαγωγή της, οι μελλοντικές έρευνες χρειάζεται να συμπεριλάβουν βελτιωτικές ενέργειες για την ενημέρωση των φορέων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται με ΑΑΠ, ώστε οι τελευταίοι να κατανοήσουν τον σκοπό και τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσουν τα παιδιά αλλά και οι ίδιοι από το πρόγραμμα [38]. Τέλος, δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη διέπεται από σημαντικούς περιορισμούς, κρίνεται απαραίτητη η εμπειρική τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του TRT προγράμματος παρέμβασης μέσω της διενέργειας τυχαioποιημένης ελεγχόμενης μελέτης στο μέλλον.

Teaching Recovery Techniques: Pilot study of a group-based intervention for Unaccompanied Refugee Minors in Greece

V.-M. Ermiliou¹, I. Giannopoulou²

¹ Association for Cognitive Behavioural Studies

² 2nd Department of Psychiatry, Attikon University Hospital

Correspondence: Ioanna Giannopoulou, ATTIKON University Hospital

2nd Department of Psychiatry, 1 Rimini str, Haidari, Athens, Greece

Email: igiannop@med.uoa.com

Abstract

During the last decade there has been an increase in the number of unaccompanied refugee minors (URMs) arriving in Greece, while larger flows come from West Africa. A significant percentage of URMs present severe mental difficulties, which necessitates the implementation of group-based, short-term, psycho-educational interventions. The aim of the present study is the pilot implementation of the program “Teaching Recovery Techniques” (TRT) to URMs. More specifically, main objectives are to evaluate the feasibility in this population and its effectiveness in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression. Four URMs from Gambia, aged 16-18, participated in the TRT intervention. Participants completed the CRIES-8 and DSRS-C self-report questionnaires before and after the intervention. Based on descriptive analysis of quantitative data, a clinical change in PTSD was noted in only one participant (cut-off score <17 on CRIES-8), whereas inspection of scores on individual scale items revealed reduction in ratings of intrusive symptoms in two out of four participants. No changes in scores were noted in any of the avoidance symptoms. At the end of the intervention, only one participant showed a score above the DSRS-C cut-off value (>15), while three of the four showed a minor decrease in total score. The analysis of qualitative data derived from the content of what participants said throughout the intervention highlighted the cultural perspective of the way refugee minors perceive stress and deal with it. The participants indicated as more helpful the techniques that promote dialogue and feeling of safety within the group.

Keywords: Unaccompanied refugee minors, Teaching Recovery Techniques, PTSD, Depression.

Βιβλιογραφία

- [1] Annual asylum statistics (2023). Eurostat (Cited 8 October 2023) Available from https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Asylum_statistics&oldid=558844#Applications_by_unaccompanied_minors
- [2] Asylum applicants considered to be unaccompanied minors-annual data (2023). Eurostat (Cited 8 October 2023) Available from <https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/tps00194/default/table?lang=en>
- [3] Επικαιροποιημένη κατάσταση: Ασυνόδευτα Ανήλικα (Α.Α.) στην Ελλάδα. Ημερομηνία Αναφοράς: 01.06.2024. Γενική Γραμματεία Ενόπλων Πολιτών & Θεσμικής Προστασίας. Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (Ανακτήθηκε στις 5 Ιουλίου 2024). Διαθέσιμο στο https://migration.gov.gr/wp-content/uploads/2024/06/SGVP_Statistics-May_GR.pdf
- [4] Barbieri A, Visco-Comandini F, Alunni Fegatelli D, Schepisi C, Russo V, Calò F, Dessì A, Cannella G, Stellacci A. Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. Eur. J. Psychotraumatology. 2019; 10(1):2-15. 1700621-1700637.
- [5] Suso CT. Backway or bust: causes and consequences of Gambian irregular migration. J. Mod. Afr. Stud. 2019; 57(1):111-135.
- [6] Awosusi OE, Olagbaju OO, Ogbuleke LE. Human Trafficking and Tales of “Backway” Returnees in the Gambia. Human Trafficking in Africa: New Paradigms, New Perspectives. 2021:215-237.
- [7] Solhaug AK, Røysamb E, Oppedal B. Changes in life satisfaction among unac-

- accompanied asylum-seeking and refugee minors who participated in teaching recovery techniques (TRT). *Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health*. 2023; 17(1):1-3.
- [8] Hedlund D, Salomonsson L, Sohlberg T. Unaccompanied girls with precarious odds. *J. Refug. Stud.* 2021; 34(4):3871-3887.
- [9] Dangmann C, Dybdahl R, Solberg Ø. Mental health in refugee children. *Curr Opin Psychol.* 2022; 48:101460-101467.
- [10] Migration from The Gambia: the 5 main risks of the backway (2023). The migrant Project (Cited 8 October 2023) Available from <https://www.themigrantproject.org/gm/the-gambia/migration-from-gambia/>
- [11] Warner G, Durbeej N, Salari R, Fängström K, Lampa E, Baghdasaryan Z, Osman F, Löfving SG, Aronsson AP, Feldman I, Sampaio F. Evaluation of the teaching recovery techniques community-based intervention for accompanied refugee children experiencing post-traumatic stress symptoms (Accompanied refugees In Sweden Trial; ASsIST): study protocol for a cluster randomized controlled trial. *BMJ open*. 2020; 10(7):e035459-e035470.
- [12] Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child & Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(4):447-66.
- [13] Hodes M, Vostanis P. Practitioner Review: Mental health problems of refugee children and adolescents and their management. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019; 60(7):716-731.
- [14] Bronstein I, Montgomery P, Dobrowolski S. PTSD in asylum-seeking male adolescents from Afghanistan. *J Trauma Stress*. 2012; 25(5):551-557.
- [15] Kien C, Sommer I, Faustmann A, Gibson L, Schneider M, Krczal E, Jank R, Klerings I, Szegal M, Kerschner B, Brattström P. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 28:1295-1310.
- [16] Ερμηλίου Β, Γιαννοπούλου Ι. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες. Γνωσιακή – Συμπεριφοριστική Έρευνά & Θεραπεία. 2022; 8(1):9-16.
- [17] Smith P, Dyregrov A, Yule W, Gupta L, Perrin S, Gjestad R. Children and disaster: teaching recovery techniques. Bergen: Children and War Foundation; 2002.
- [18] Smith P, Dyregrov A, Yule W. Teaching Recovery Techniques. Version for Unaccompanied Minors. Bergen, Norway: Children and War Foundation, 2020.
- [19] Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, Smith P. Children and war: the work of the Children and War Foundation. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4(1):18424-18432.
- [20] Giannopoulou I, Mouloukou I, Efsthathiou V, Douzenis A, Ferentinos P. Mental health of unaccompanied refugee minors in Greece living “in limbo”. *Psychiatriki*. 2022; 33(3):219-227.
- [21] Sarkadi A, Ådahl K, Stenvall E, Ssegona R, Batti H, Gavra P, Fängström K, Salari R. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(4):467-479.
- [22] El-Khani A, Cartwright K, Ang C, Henshaw E, Tanveer M, Calam R. Testing the feasibility of delivering and evaluating a child mental health recovery program enhanced with additional parenting sessions for families displaced by the Syrian conflict: A pilot study. *Peace and Conflict: J. Peace Res*. 2018; 24(2):188-200.
- [23] El-Khani A, Cartwright K, Maalouf W, Haar K, Zehra N, Çokamay-Yılmaz G, Calam R. Enhancing Teaching Recovery Techniques (TRT) with parenting skills: RCT of TRT+ parenting with trauma-affected Syrian Refugees in Lebanon utilising remote training with implications for insecure contexts and COVID-19. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(16):8652-8672.
- [24] Ehntholt KA, Smith PA, Yule W. School-based cognitive-behavioural therapy group intervention for refugee children who have experienced war-related trauma. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2005; 10(2):235-250.
- [25] Qouta SR, Palosaari E, Diab M, Punamäki RL. Intervention effectiveness among War-affected children: A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *J. Trauma. Stress*. 2012; 25(3):288-298.
- [26] Barron IG, Abdallah G, Smith P. Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *J Loss Trauma*. 2013; 18(4):306-321.
- [27] Heltne UM, Sarkadi A, Lien L, Dybdahl R. Training non-specialists in teaching recovery techniques (TRT) to help traumatised children in humanitarian settings: a qualitative analysis of experiences gained from 20 years of practice. *International Journal for Equity in Health*. 2023; 22(1):1-4.
- [28] Ίσαρη Φ, Πουρκός Μ. Ποιοτική Μεθοδολογία Έρευνας. 2015. Διαθέσιμο στο <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/5826>
- [29] Perrin S, Meiser-Stedman R, Smith P. The Children’s Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behav. Cogn. Psychother*. 2005; 33(4):487-498.
- [30] Deeba F, Rapee RM, Prvan T. Psychometric properties of the Children’s Revised Impact of Events Scale (CRIES) with Bangladeshi children and adolescents. *PeerJ*. 2014; 2:e536-e559.
- [31] The Children’s Impact of Event Scale (8) Cries-8. Children and War Foundation (Cited 8 October 2023) Available from <https://static1.squarespace.com/static/65282a244219d4570477dc6b/t/654d21b439eff775be15ad3/1699553716698/English-CRIES-8.pdf>
- [32] Birlson P. The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale: A Research Report. *Journal of Psychology and Psychiatry*. 1981; 22:73-88.
- [33] Valsomma E, Tewfik D. Depressive symptoms in adolescents: use of self-rating scale.
- [34] Ivarsson T, Lidberg A, Gillberg C. The Birlson Depression Self-Rating Scale (DSRS-C). Clinical evaluation in an adolescent inpatient population. *J. of Affect. Disord*. 1994; 32(2):115-125.
- [35] Asano D, Takeda M, Nobusako S, Morioka S. Self-rated depressive symptoms in children and youth with and without cerebral palsy: a pilot study. *Behav. Sci*. 2020; 10(11):167-177.
- [36] Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. Sage publications; 2016.
- [37] Kirch W, editor. Encyclopedia of Public Health: Volume 1: A-H Volume 2: I-Z. Springer Science & Business Media; 2008.
- [38] Rondung E, Leiler A, Sarkadi A, Bjärta A, Lampa E, Löfving SG, Calam R, Oppedal B, Keeshin B, Warner G. Feasibility of a randomised trial of Teaching Recovery Techniques (TRT) with refugee youth: results from a pilot of the Swedish Unaccompanied Youth Refugee Trial (SUPPORT). *Pilot Feasibility Stud*. 2022; 8(1):40-55.
- [39] Rohlf HG, Knipscheer JW, Kleber RJ. Somatization in refugees: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49:1793-1804.
- [40] Fox SH. The Mandinka nosological system in the context of post-trauma syndromes. *Transcult. Psychiatry*. 2003; 40(4):488-506.
- [41] Rasmussen A, Smith H, Keller AS. Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *J. Trauma. Stress*. 2007; 20(3):271-280.
- [42] Esan O, Abdumalik J, Eaton J, Kola L, Fadahunsi W, Gureje O. Global mental health reforms: mental health care in Anglophone West Africa. *Psychiatr Serv*. 2014; 65(9):1084-1087.
- [43] Kretzschmar I, Nyan O, Mendy AM, Janneh B. Mental health in the Republic of The Gambia. *Int. J. Psychiatry*. 2012; 9(2):38-40.
- [44] Blackwell D. Counselling and psychotherapy with refugees. Jessica Kingsley Publishers; 2005.
- [45] Dwairy MA. Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach. Teachers College Press; 2006.
- [46] Ψυχοκοινωνική στήριξη για παιδιά και οικογένειες που παίρνουν τους δρόμους της προσφυγιάς. MEPIMNA (Ανακτήθηκε στις 8 Οκτωβρίου 2023). Διαθέσιμο στο http://merimna.org.gr/wp-content/uploads/2018/04/Unicef_Merimna_gr.pdf