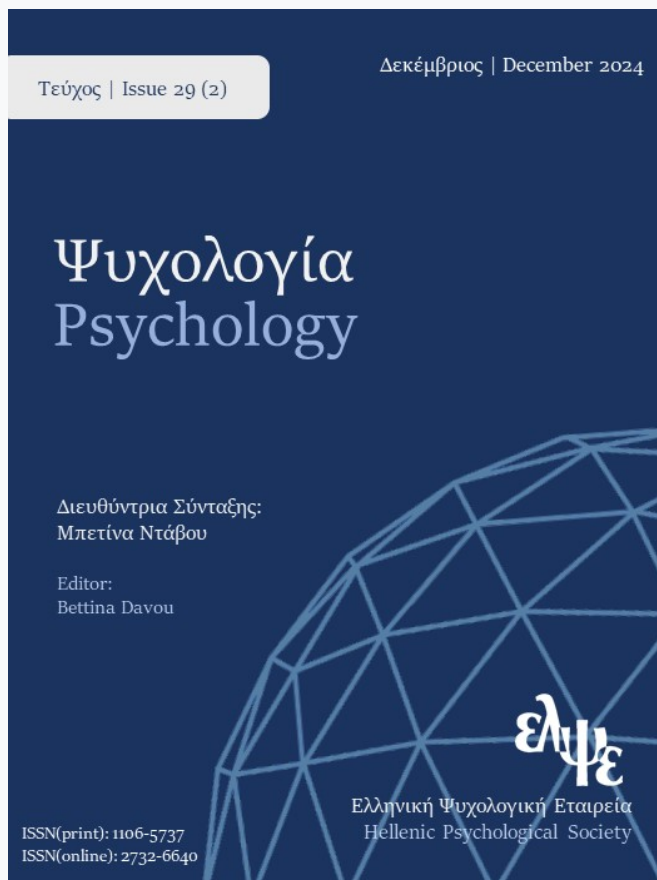


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 29, No 2 (2024)

Special Section: Contemporary challenges in Clinical and Health Psychology



Problem Management Plus (PM+) intervention in the context of refugee psychosocial support: Research data and applications

Chrysovalantis Papathanasiou, Stella Pantelidou, Pepi Belekou, Angeliki Menediatou, Anastasia Mantzari, Stelios Stylianidis

doi: [10.12681/psy_hps.31517](https://doi.org/10.12681/psy_hps.31517)

Copyright © 2024, Chrysovalantis Papathanasiou, Stella Pantelidou, Pepi Belekou, Angeliki Menediatou, Anastasia Mantzari, Stelios Stylianidis



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Papathanasiou, C., Pantelidou, S., Belekou, P., Menediatou, A., Mantzari, A., & Stylianidis, S. (2024). Problem Management Plus (PM+) intervention in the context of refugee psychosocial support: Research data and applications. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 29(2), 241–264. https://doi.org/10.12681/psy_hps.31517



ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ | RESEARCH PAPER

Η παρέμβαση Problem Management Plus (PM+) στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης προσφύγων: Ερευνητικά δεδομένα και εφαρμογές

Χρυσοβαλάντης ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ^{1,2}, Στέλλα ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ², Πέπη ΜΠΕΛΕΚΟΥ², Αγγελική ΜΕΝΕΔΙΑΤΟΥ², Αναστασία ΜΑΝΤΖΑΡΗ², Στέλιος ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ^{1,2}

¹ Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών & Πολιτικών Επιστημών

² Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ
Παρέμβαση PM+ Ψυχοκοινωνική υποστήριξη Πρόσφυγες Μετατόπιση εργασιακών καθηκόντων	Η παρέμβαση Problem Management Plus (PM+) αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προκειμένου να καλύψει το κενό μεταξύ των αναγκών ψυχικής υγείας και της πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη, ως μέρος του Προγράμματος Δράσης για το Κενό Ψυχικής Υγείας (mhGAP). Πρόκειται για μια παρέμβαση ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ενηλίκων, οι οποίοι πάσχουν από συνήθη προβλήματα ψυχικής υγείας και αντιμετωπίζουν αντιξοότητες στην καθημερινότητα. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις σχετικά με την αποτελεσματικότητά της στη μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων σε ενήλικες που εκτίθενται σε αντιξοότητες. Στο πλαίσιο του προγράμματος «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα», το οποίο υλοποιείται από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, μέλη προσφυγικών κοινοτήτων εκπαιδεύονται και εμποτεύονται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη μέσω της παρέμβασης PM+ σε πρόσφυγες που αντιμετωπίζουν συναισθηματικές δυσκολίες. Οι βασικές στρατηγικές της παρέμβασης βασίζονται σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και συμπεριφορικής θεραπείας, οι οποίες περιλαμβάνουν τη διαχείριση του άγχους, την ενεργοποίηση της συμπεριφοράς και την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, αυτοκτονικότητας και αυτοαναφερόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας αξιολογούνται μέσω της χορήγησης ερωτηματολογίων (πριν και μετά την παρέμβαση). Στο παρόν άρθρο γίνεται αναλυτική περιγραφή της παρέμβασης, βάσει πρόσφατων εμπειρικών και κλινικών δεδομένων, καθώς και παρουσίαση ενός παραδείγματος εφαρμογής της από ειδικά εκπαιδευμένους πρόσφυγες.
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	
Χρυσοβαλάντης Παπαθανασίου Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών Λεωφόρος Ανδρέα Συγγρού 136, 17671 Αθήνα chpapath@panteion.gr	

Εισαγωγή

Η μετακίνηση των πληθυσμών παρατηρείται σε όλες τις ιστορικές περιόδους και έχει οδηγήσει στην αλληλεπίδραση των λαών και στη μίξη των πολιτισμών, συμβάλλοντας στην ανθρώπινη πρόοδο. Ωστόσο, κάποια χαρακτηριστικά της μπορεί να την καταστήσουν τραυματική εμπειρία (Rahgozar & Giménez-Llort, 2020).

Η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες αναφέρει ότι η ανθρωπότητα βιώνει στις μέρες μας τον μεγαλύτερο εκτοπισμό πληθυσμών (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2020). Τα

στοιχεία είναι αποκαλυπτικά της σοβαρότητας της κατάστασης: μέχρι τα μέσα του 2024, υπολογίζεται ότι 122,6 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν τις εστίες τους λόγω διώξεων, συγκρούσεων, βίας, παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και γεγονότων που διαταράσσουν σοβαρά τη δημόσια τάξη. Από αυτούς, 37,9 εκατομμύρια ήταν πρόσφυγες, 8 εκατομμύρια ήταν αιτούντες άσυλο, 68,3 εκατομμύρια ήταν εσωτερικά εκτοπισμένοι και 5,8 εκατομμύρια ήταν άλλα άτομα που έχρηζαν διεθνούς προστασίας¹. Όσον αφορά την Ελλάδα, η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες εκτιμά ότι το 2024 ζουν συνολικά 241.631 εκτοπισμένοι, εκ των οποίων το 89% είναι πρόσφυγες (214.574), το 9% είναι αιτούντες άσυλο (20.887), το 2% ανιθαγενείς (3.743) και το 1% άλλοι ευάλωτοι (2.427) (UNHCR, 2022).

Οι πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο² παρουσιάζουν εξασθενημένη ψυχική υγεία και χαμηλά ποσοστά ευεξίας, τα οποία συνδέονται με ψυχοπιεστικούς παράγοντες που σχετίζονται και με τις τρεις διακριτές φάσεις του μεταναστευτικού ταξιδιού (Miller & Rasmussen, 2017). Συγκεκριμένα, στην προμεταναστευτική περίοδο οι πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο ενδέχεται να έχουν βιώματα που σχετίζονται με ένοπλες συρράξεις ή απολυταρχικά καθεστώτα (φυλάκιση, βασανιστήρια, απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση, απειλή κατά της ζωής κ.ά.). Κατά τη διάρκεια του μεταναστευτικού ταξιδιού διάφορα γεγονότα μπορεί να συμβούν λόγω των αντιξοοτήτων και των κινδύνων που αντιμετωπίζει ένας εκτοπισμένος (χωρισμός ή απώλεια αγαπημένων προσώπων, βία, εκμετάλλευση κ.ά.). Τέλος, η διαδικασία επανεγκατάστασης (resettlement) ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα τραυματική (παράτυπη διαμονή, στέρηση βασικών ειδών επιβίωσης, διαβίωση σε επισφαλείς συνθήκες, όπως αυτές της αστεγίας και του εγκλεισμού σε κέντρα κράτησης κ.ά.), δυσχεραίνοντας την ψυχική υγεία των προσφύγων (Ellis et al., 2020). Όλα αυτά τα στοιχεία συνθέτουν αυτό που ονομάζεται «τραυματική μετανάστευση» και συνδέεται με υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας.

Τα πιο συνήθη ψυχιατρικά προβλήματα που παρατηρούνται σε πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο είναι αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Langlois et al., 2016). Πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι το 43% Σύρων προσφύγων (N=8.176) που εγκαταστάθηκαν σε 10 χώρες παρουσίαζε διαταραχή μετατραυματικού στρες, το 40% κατάθλιψη και το 26% αγχώδεις διαταραχές (Peconga & Høgh Thøgersen, 2020). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Blackmore et al. (2020), όπου, σε συνολικό δείγμα 5.143 ενηλίκων προσφύγων και αιτούντων άσυλο από 15 χώρες, το 31,46% παρουσίαζε διαταραχή μετατραυματικού στρες, το 31,5% κατάθλιψη, το 11% αγχώδεις διαταραχές και ένα ποσοστό 1,51% ψύχωση.

Οι πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο εμφανίζουν γενικά υψηλότερο επιπολασμό ψυχιατρικής νοσηρότητας σε σύγκριση με άλλους μετακινούμενους πληθυσμούς και τον τοπικό πληθυσμό (Close et al., 2016· Lindert et al., 2009· Priebe et al., 2016). Τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι επικρατέστερα μεταξύ των προσφύγων πολέμου (Bogic et al., 2015), στους οποίους τα ποσοστά διαταραχής μετατραυματικού στρες είναι ακόμα και δέκα φορές υψηλότερα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Fazel et al., 2005· Slewa-Younan et al., 2015). Τα δε συμπτώματα φαίνεται να παραμένουν υψηλά ακόμα και πολλά χρόνια μετά την επανεγκατάσταση (Bogic et al., 2015· Steel et al., 2002). Η συστηματική ανασκόπηση των Blackmore et al. (2020) κατέδειξε ότι δεν υπάρχει διαφορά στον επιπολασμό της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της κατάθλιψης ανάμεσα σε αυτούς που είχαν εκτοπιστεί πριν από λιγότερο από τέσσερα χρόνια και σε εκείνους που ήταν εκτοπισμένοι περισσότερα χρόνια. Ωστόσο, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονταν σε μεγαλύτερο βαθμό σε όσους είχαν εκτοπιστεί τα τελευταία χρόνια, γεγονός που οφείλεται ενδεχομένως στην αβεβαιότητα της διαδικασίας επανεγκατάστασης και της διαδικασίας αναγνώρισης της ιδιότητας του πρόσφυγα. Η διατήρηση υψηλών ποσοστών επιπολασμού κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες καταδεικνύει συνεχιζόμενη ψυχική οδύνη στο μεταναστευτικό περιβάλλον, το οποίο περιλαμβάνει πολλούς ψυχοπιεστικούς παράγοντες, που σχετίζονται με τις νομικο-διοικητικές διαδικασίες ασύλου, τον αποκλεισμό, τη φτώχεια, τον στιγματισμό, τις διακρίσεις, την

¹ Πηγή: <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

² Το αρσενικό γραμματικό γένος χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλα τα γένη και όλα τα φύλα.

έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου, τη μη προσβασιμότητα σε κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας κ.ά. (Priebe et al., 2016).

Κοινωνικοί, γλωσσικοί, πολιτισμικοί, οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες εμποδίζουν την πρόσβαση των προσφύγων/αιτούντων άσυλο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα η ψυχική νοσηρότητα να είναι υπο-διαγνωσμένη και τα ποσοστά θεραπείας ιδιαίτερα χαμηλά σε αυτόν τον πληθυσμό (Nassif et al., 2010). Οι παρεμβάσεις ψυχικής υγείας σε πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο παρουσιάζουν διάφορους περιορισμούς, όπως έλλειψη τεκμηρίωσης για συγκεκριμένα προβλήματα ψυχικής υγείας, εφαρμογή θεραπευτικών μοντέλων που αναπτύχθηκαν σε χώρες του δυτικού κόσμου, πεποίθηση περί καθολικής εφαρμογής μη πολιτισμικά προσαρμοσμένων μεθόδων ψυχοθεραπείας κ.ά. (Cho et al., 2013· Fabry et al., 2007· Zotona, 2018). Επίσης, η παροχή υπηρεσιών από επαγγελματίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνει μια σειρά από προκλήσεις που σχετίζονται με τις πολιτισμικά καθορισμένες αιτιολογικές πεποιθήσεις των προσφύγων/αιτούντων άσυλο για την ψυχική ασθένεια, τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ίδιων των θεραπειών για τους πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο³, τα γλωσσικά εμπόδια, που απαιτούν την παρουσία ενός τρίτου προσώπου –του διερμηνέα– στη διαδικασία κ.ά. (Aten & Hwan, 2021). Μελετώντας τις εμπειρίες των ψυχοθεραπευτών που εργάζονταν κλινικά με πρόσφυγες στη Γερμανία, οι Asfaw et al. (2020) ανέδειξαν τρεις βασικές προκλήσεις: α) μη ρεαλιστικές προσδοκίες των προσφύγων θεραπευόμενων ως προς το τι θα μπορούσε να τους προσφέρει η ψυχοθεραπεία, β) διαφορετικά ερμηνευτικά μοντέλα της ασθένειας, καθώς και γ) παρανοήσεις και παρερμηνείες στη διυποκειμενική επικοινωνία.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχουν ενδείξεις σε ερευνητικό και κλινικό επίπεδο για τη δυνατότητα εφαρμογής ψυχολογικών παρεμβάσεων από μη ειδικούς. Μια ολοένα και συχνότερη απάντηση στην έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας για πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο είναι τα μοντέλα «μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων» (task-shifting) (Cohen & Yaeger, 2021). Η μετατόπιση εργασιακών καθηκόντων περιλαμβάνει την κατάρτιση μη ειδικευμένων μελών της κοινότητας, τα οποία, ωστόσο, διαθέτουν βιωμένη εμπειρία. Το προσωπικό αυτό εκπαιδεύεται σε βασικές δεξιότητες και ειδικά εργαλεία ψυχοκοινωνικής παρέμβασης (Collins et al., 2011· Patel et al., 2011), προκειμένου να παρέχει σχετικές υποστηρικτικές υπηρεσίες στους ομοεθνείς του. Πρόκειται, συνήθως, για θεραπευτικές παρεμβάσεις «χαμηλής έντασης» –δηλαδή, ψυχολογικές παρεμβάσεις που συνιστούν τροποποιημένες, βραχείες εκδοχές επιστημονικά τεκμηριωμένων θεραπειών, με έμφαση στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης– οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν και από μη ειδικούς– (Shafraan et al., 2021), για την αντιμετώπιση συνήθων ψυχολογικών προβλημάτων, όπως άγχος και κατάθλιψη (Risal, 2011). Οι παρεμβάσεις αυτές αναπτύχθηκαν προκειμένου να καλύψουν σημαντικά κενά στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος και γενικότερα σε χώρες με ελλείψεις πόρους στον τομέα αυτόν, οι οποίες εμφανίζουν κατακερματισμό των λιγοστών υπηρεσιών και έλλειψη κατάλληλων θεραπειών προσαρμοσμένων στις ανάγκες του πληθυσμού (Dawson et al., 2015). Η σχετική βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι αυτού του είδους οι παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές σε περιβάλλοντα με λιγοστούς οικονομικούς πόρους και συμβάλλουν σημαντικά στην καταπολέμηση των ανισοτήτων στην ψυχική υγεία (Barnett, Gonzalez, et al., 2018· Barnett, Lau, et al., 2018· Galvin & Byansi, 2020· Mutamba et al., 2013· Singla et al., 2017), στη μείωση των συμπτωμάτων της ψυχολογικής δυσφορίας και στη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας πληθυσμιακών ομάδων που δεν εξυπηρετούνται επαρκώς (Ager et al., 2011· Bolton et al., 2007· Murray et al., 2014). Πρόσφατα, διεξάγονται δοκιμές εφαρμογής του μοντέλου και σε χώρες υψηλού εισοδήματος με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (βλ. de Graaff et al., 2020· de Graaff et al., 2023· Sever et al., 2021· Spaaij et al., 2022). Μοντέλα παρέμβασης τα οποία προωθούν τη συμμετοχικότητα των

³ Οι Chung et al. (2008) αναφέρονται στο φαινόμενο της «πολιτικής αντιμεταβίβασης» (political countertransference). Πρόκειται για την έκθεση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σε πολιτικά μηνύματα μέσω των ΜΜΕ, τα οποία μπορεί να έχουν επηρεάσει –συνειδητά ή ασυνειδητά– τις απόψεις τους για τους ασθενείς τους και την ασφάλεια των ίδιων. Το μήνυμα του φόβου απέναντι στην απειλή που εκπροσωπούν οι «ξένοι» ενδέχεται να μεταβιβαστεί στους πρόσφυγες θεραπευόμενους από τους θεραπευτές και να επηρεάσει αρνητικά το κλινικό έργο.

ωφελούμενων, συμβάλλουν στην καταπολέμηση των ανισοτήτων, εξασφαλίζουν την προσβασιμότητα σε ποιοτικές υπηρεσίες και συντείνουν στην εδραίωση της ονομαζόμενης Δημοκρατίας της Υγείας⁴ (World Health Organization [WHO], 2019).

Προκειμένου να υπάρξουν κατάλληλες απαντήσεις στις αναδυόμενες ανάγκες και να μειωθεί το κενό μεταξύ των αναγκών αυτών και της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προχώρησε στην ανάπτυξη μιας σειράς παρεμβάσεων. Ορισμένες από αυτές μπορούν να υλοποιηθούν από μη ειδικούς, με κατάλληλη εκπαίδευση και εποπτεία, καθώς περιλαμβάνουν απλές και κλιμακούμενες τεχνικές, ενώ απαιτούν μικρότερο επίπεδο εξειδίκευσης (WHO, 2016). Αναφορικά με την κλινική αποτελεσματικότητα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από άτομα με βιωμένη εμπειρία φαίνεται να έχουν παρόμοια αποτελέσματα με εκείνες που παρέχονται από επαγγελματίες (Davidson et al., 2006). Οι βασισμένες στην κοινότητα (community-based) παρεμβάσεις, γενικά, και οι παρεμβάσεις υποστήριξης από ομότιμους (peer-support), ειδικότερα, συνδέονται με αύξηση της κοινωνικής ένταξης, μείωση της μοναξιάς και υιοθέτηση υγιών τρόπων αντιμετώπισης του στρες και του δυσφορικού συναισθήματος (Stewart et al., 2012). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η παρουσία ομοεθνών στις ομάδες υποδοχής προσφύγων διευκολύνει την ένταξη στο νέο πολιτισμικό περιβάλλον (Kaslow, 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο, και βάσει των αρχών του Προγράμματος mhGAP του ΠΟΥ⁵, αναπτύχθηκε η μεθοδολογία της παρέμβασης Problem Management Plus / PM+ (WHO, 2016). Η παρέμβαση PM+ είναι κατάλληλη για ενήλικες που βιώνουν δυσφορικό συναίσθημα σε κοινότητες που έχουν εκτεθεί σε αντιξοότητες, όπως οι πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο. Περιλαμβάνει επιστημονικά τεκμηριωμένες τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και συμπεριφορικές τεχνικές. Ένα από τα χαρακτηριστικά του εγχειριδίου περιγραφής της παρέμβασης PM+ είναι η διάθεσή του σε πολλές γλώσσες (διατίθεται σε 18 γλώσσες⁶) και η εύκολη γλωσσική/πολιτισμική προσαρμογή του.

Στη συνέχεια, θα γίνει αναλυτική περιγραφή της παρέμβασης PM+, θα παρουσιαστούν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητά της, κυρίως σε ατομικό επίπεδο, ενώ θα γίνει, επίσης, μια σύντομη αναφορά σε μελέτες που αφορούν μια προσαρμοσμένη μορφή της παρέμβασης για ομάδες (Group Problem Management Plus [Group PM+], WHO, 2020). Τέλος, θα παρουσιαστεί ένα παράδειγμα εφαρμογής από ειδικά εκπαιδευμένους πρόσφυγες στο πλαίσιο του προγράμματος «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα», το οποίο υλοποιείται στον αστικό ιστό της Αττικής από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί βάσει του μοντέλου μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων, το οποίο δημιουργεί κλίμα αμοιβαίας υποστήριξης και μπορεί να λειτουργήσει ως υποκατάστατο των κοινοτήτων καταγωγής των προσφύγων (Glassman & Skolnik, 1984), ενώ παράλληλα μειώνει το χάσμα μεταξύ της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των διαθέσιμων πόρων.

Περιγραφή της παρέμβασης Problem Management Plus (PM+)

Η ονομασία «Problem Management Plus» (μετ. ελλ. «Διαχείριση Προβλημάτων Συν») αντικατοπτρίζει τους στόχους της παρέμβασης: τη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να διαχειρίζεται πρακτικά προβλήματα,

⁴ Σύμφωνα με τους Arveiller & Tizon (2016, σ. 2), «Η δημοκρατία στην υγεία είναι μια προσέγγιση που στοχεύει στη συμμετοχή όλων των εταίρων του συστήματος υγείας στην ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής υγείας, σε πνεύμα διαλόγου και διαβούλευσης».

⁵ <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>

⁶ Το εγχειρίδιο της παρέμβασης PM+ μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε πολιτισμικά το 2023 από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ) σε συνεργασία με τα Παιδικά Χωριά SOS Ελλάδος – SOS Children's Villages: Μπορείτε να κατεβάσετε το εγχειρίδιο σε ηλεκτρονική μορφή, ακολουθώντας τον παρακάτω σύνδεσμο: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206417/WHO-MSD-MER-16.2-gre.pdf?fbclid=IwAR077rrrr5h6gm8BRPa_4C6cbmJCo3g3U-8rd2CgAaa9pt3VwMPT7Lsafnwo

όπως η ανεργία, τα προβλήματα διαβίωσης και οι συγκρούσεις στην οικογένεια (Dawson et al., 2015· WHO, 2016). Ο όρος «διαχείριση προβλημάτων» προτιμήθηκε έναντι του όρου «επίλυση προβλημάτων», για να υπογραμμίσει το γεγονός ότι πολλά πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν άνθρωποι που ζουν σε συνθήκες αντιξοότητας (π.χ. πρόσφυγες) δεν είναι απαραίτητα επιλύσιμα ατομικά από τους ίδιους (π.χ. πόλεμος, χρόνια φτώχεια, αυξημένη βία στην κοινότητα κ.λπ.). Το νόημα είναι ότι ακόμα και απέναντι σε τέτοια προβλήματα υπάρχουν τρόποι ανακούφισης από την επίδρασή τους. Το «Συν» αναφέρεται στις συμπεριφορικές τεχνικές που ενισχύουν την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται με προσαρμοστικότητα τις συναισθηματικές δυσκολίες (π.χ. καταθλιπτικά συμπτώματα, δυσφορία, άγχος, στρες, αισθήματα αβοηθησίας), οι οποίες συχνά συνδέονται με τα πρακτικά προβλήματα.

Η παρέμβαση PM+ έχει διαδιαγνωστική (transdiagnostic) προσέγγιση, με την έννοια των παρεμβάσεων «που εφαρμόζουν τις ίδιες βασικές αρχές σε όλες τις ψυχικές διαταραχές, χωρίς να προσαρμόζουν το πρωτόκολλο σε συγκεκριμένες διαγνώσεις» (McEvoy et al., 2009, σ. 21). Τέτοιου είδους παρεμβάσεις χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση πολλαπλών προβλημάτων ταυτόχρονα, μειώνοντας τις προκλήσεις που εγείρονται από την απόδοση διαφορετικών διαγνώσεων και την ανάπτυξη διάφορων θεραπευτικών εργαλείων για καθεμία από αυτές (Bullis et al., 2014· Rawlinson et al., 2020). Η παρέμβαση απευθύνεται σε ενήλικες που αντιμετωπίζουν συμπτώματα συνήθων προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και πρακτικά προβλήματα, όπως τα αναγνωρίζουν οι ίδιοι. Ωστόσο, η παρέμβαση PM+ δεν είναι κατάλληλη για άτομα που παρουσιάζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως ψύχωση, ή έχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας (WHO, 2016). Η παρέμβαση συνίσταται στην εκπαίδευση σε τέσσερις συμπεριφορικές θεραπευτικές στρατηγικές. Προτιμήθηκαν συμπεριφορικές στρατηγικές (έναντι γνωσιακών), καθώς αυτές είναι πιο εύκολο να διδαχτούν σε μη ειδικούς. Η βασική παρέμβαση πραγματοποιείται σε 5 συνεδρίες, διάρκειας 90 λεπτών έκαστη (ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος όχι μόνο για την εξήγηση της κάθε τεχνικής, αλλά και για την εφαρμογή της στα προβλήματα που ο ίδιος ο ωφελούμενος έχει αναδείξει ως σημαντικά). Όλες οι συνεδρίες είναι ατομικές και πραγματοποιούνται (αν είναι εφικτό) με εβδομαδιαία συχνότητα. Επιπρόσθετα, πραγματοποιείται μία συνεδρία αξιολόγησης πριν από την έναρξη της παρέμβασης και μία μετά το τέλος της. Συνολικά, πραγματοποιούνται 7 συναντήσεις.

Η συνεδρία αξιολόγησης πριν από την έναρξη της παρέμβασης περιλαμβάνει ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το Psychological Outcome Profiles Questionnaire (PSYCHLOPS), το οποίο στοχεύει στην επικέντρωση της παρέμβασης στα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το άτομο (όπως τα αναγνωρίζει το ίδιο), καθώς και στην παρακολούθηση των αλλαγών κατά τη διάρκεια και στη λήξη της παρέμβασης. Το ερωτηματολόγιο είναι μια προσαρμοσμένη μορφή της 5ης έκδοσης του PSYCHLOPS, όπως αυτή έχει δημιουργηθεί από το Department of Primary Care and Public Health Sciences του King's College London (βλ. www.psychlops.org). Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα προβλήματα, τη λειτουργικότητα και την ευημερία του ατόμου. Ζητείται από το άτομο να περιγράψει τα κύρια προβλήματά του και πώς αυτά το επηρεάζουν. Οι απαντήσεις σε όλες τις ερωτήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα έξι σημείων από το μηδέν έως το πέντε. Η βαθμολόγηση μηδέν σημαίνει την υψηλότερη λειτουργικότητα και η πέντε την πλέον χαμηλή. Η υψηλότερη συνολική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου (που σημαίνει πολύ χαμηλή λειτουργικότητα και υψηλή δυσφορία) είναι το είκοσι. Το PSYCHLOPS δεν αποτελεί διαγνωστικό μέσο, αλλά ένα εξαιρετικά ευαίσθητο μέτρο αλλαγών κατά τη διάρκεια παρεμβάσεων.

Επιπλέον, το εγχειρίδιο της παρέμβασης συστήνει τη μέτρηση της λειτουργικότητας με το εργαλείο WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0, Ustun et al., 2010). Για τη μέτρηση της ψυχολογικής δυσφορίας προτείνονται από το εγχειρίδιο κάποια σχετικά εργαλεία, με τη σύσταση η τελική επιλογή να γίνει σε τοπική βάση, ανάλογα με τα διαθέσιμα σταθμισμένα εργαλεία. Για την εφαρμογή της παρέμβασης στην Ελλάδα, επιλέξαμε τα εργαλεία Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7, Spitzer, 2006) και Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9, Kroenke et al., 2001). Το ερωτηματολόγιο GAD-7 είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα με επτά λήμματα για την εκτίμηση των συμπτωμάτων άγχους. Οι ερωτήσεις αφορούν τις τελευταίες

δύο εβδομάδες και τον βαθμό ενόχλησης από κάποια προβλήματα (π.χ. αν ο ερωτώμενος αισθάνθηκε άγχος, ένταση, νεύρα, δυσκολία στη χαλάρωση κ.λπ.). Οι απαντήσεις διαβαθμίζονται σε τέσσερις πιθανές επιλογές: *καθόλου, μερικές μέρες, περισσότερες από τις μισές μέρες, σχεδόν κάθε μέρα*. Στη συνέχεια, βαθμολογούνται σε μια κλίμακα από το μηδέν (*καθόλου*) έως το τέσσερα (*σχεδόν κάθε μέρα*). Η υψηλότερη συνολική βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου είναι το είκοσι ένα. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολόγηση τόσο σοβαρότερα είναι τα συμπτώματα άγχους. Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα που αποτελείται από εννέα λήμματα και χρησιμοποιείται για την εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι ερωτήσεις αφορούν τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Κάθε ερώτηση αντιστοιχεί σε ένα από τα βασικά συμπτώματα-κριτήρια της κατάθλιψης. Οι απαντήσεις και η βαθμολόγηση τους είναι ίδια με τις αντίστοιχες του ερωτηματολογίου GAD-7. Η υψηλότερη δυνατή συνολική βαθμολόγηση του PHQ-9 είναι το 27. Όσο υψηλότερη είναι η συνολική βαθμολόγηση τόσο σοβαρότερα είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Στην αρχική αξιολόγηση περιλαμβάνεται, επίσης, αξιολόγηση του αυτοκτονικού ιδεασμού (με δομημένο ερωτηματολόγιο που παρέχει το εγχειρίδιο της παρέμβασης) και αναγνώριση πιθανών βλαβών που σχετίζονται με σοβαρές ψυχικές ή νευρολογικές διαταραχές ή/και με διαταραχές χρήσης ουσιών (στην περίπτωση τέτοιων βλαβών συνιστάται η παραπομπή του ωφελούμενου από τους επόπτες επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε εξειδικευμένη παροχή βοήθειας). Το ερωτηματολόγιο PSYCHLOPS, με μικρές τροποποιήσεις, χρησιμοποιείται τόσο στην έναρξη κάθε συνεδρίας όσο και για την αξιολόγηση μετά το τέλος της παρέμβασης (λίγες εβδομάδες αργότερα – σημειώνεται ότι δεν υπάρχει σαφής οδηγία στο εγχειρίδιο για το ακριβές χρονικό διάστημα μετά το οποίο μπορεί να πραγματοποιηθεί η επαναληπτική αξιολόγηση. Στην πράξη αυτό καθορίζεται κατά περίπτωση, ανάλογα με τη διαθεσιμότητα του ωφελούμενου).

Οι τέσσερις βασικές στρατηγικές της παρέμβασης PM+, οι οποίες παρουσιάζονται αντίστοιχα στις τέσσερις πρώτες συνεδρίες, είναι οι εξής:

1. Διαχείριση στρες (1η συνεδρία)

Πρόκειται για μια τεχνική αργής διαφραγματικής αναπνοής, ως βασική στρατηγική χαλάρωσης και διαχείρισης των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους και του στρες, η οποία διδάσκεται στην πρώτη συνεδρία. Η εν λόγω στρατηγική έχει επιλεγεί βάσει της ευκολίας εκμάθησης και της μεγάλης πιθανότητας να είναι αποδεκτή σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια. Κάθε επόμενη συνεδρία κλείνει με την επανάληψη της τεχνικής της αναπνοής.

2. Διαχείριση προβλημάτων (2η συνεδρία)

Από τη δεύτερη συνεδρία το άτομο διδάσκεται μια δομημένη στρατηγική διαχείρισης προβλημάτων, η οποία χρησιμοποιεί την παραδοσιακή μορφή των έξι βημάτων. Το πρώτο βήμα της στρατηγικής περιλαμβάνει, επιπλέον, το στάδιο της κατηγοριοποίησης των προβλημάτων βάσει σοβαρότητας και επιλυσιμότητας, ώστε το άτομο να εστιάσει σε προβλήματα που μπορεί να επηρεάσει άμεσα μέσω της ανάληψης προσωπικής δράσης και ευθύνης και τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία για το ίδιο. Αναλυτικά η τεχνική έχει ως εξής:

1) Ο ωφελούμενος καλείται να φτιάξει μια λίστα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να τα κατηγοριοποιήσει σε επιλύσιμα, μη επιλύσιμα και μη σημαντικά.

2) Γίνεται επιλογή ενός επιλύσιμου προβλήματος. Προτείνεται η επιλογή ενός σχετικά εύκολου προβλήματος, ώστε ο ωφελούμενος να ξεκινήσει την εφαρμογή της τεχνικής και, με την επιτυχή αντιμετώπιση του προβλήματος, να αποκτήσει την αυτοπεποίθηση για να χρησιμοποιήσει στη συνέχεια την τεχνική και σε περισσότερο σύνθετα προβλήματα.

3) Σε αυτό το βήμα γίνεται η διατύπωση του προβλήματος ή του συγκεκριμένου μέρους τους προβλήματος που είναι πρακτικό στη φύση του. Η διατύπωση χρειάζεται να είναι σύντομη και συγκεκριμένη και ουσιαστικά να αναδεικνύει τα στοιχεία του προβλήματος που το άτομο μπορεί να επηρεάσει/αλλάξει με συγκεκριμένους τρόπους.

4) Πραγματοποιείται καταιγισμός ιδεών αναφορικά με πιθανές λύσεις ή στρατηγικές διαχείρισης του προβλήματος.

5) Επιλέγονται 1-3 βασικές βοηθητικές λύσεις. Σε αυτό το στάδιο, το άτομο υποστηρίζεται στο να αναγνωρίσει, επίσης, τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες πιθανές συνέπειες των επιλογών που κάνει για να επιλύσει αυτό που το απασχολεί.

6) Δημιουργείται ένα λεπτομερές σχέδιο δράσης, δηλαδή, η εφαρμογή των λύσεων που επιλέχθηκαν στο προηγούμενο στάδιο. Καθορίζονται τα μέσα που θα χρειαστούν (για παράδειγμα, υλικά μέσα ή υποστήριξη από άλλους) και προσδιορίζεται το χρονικό πλαίσιο δράσης, με τη χρήση ενός εβδομαδιαίου προγράμματος.

Η χρήση της τεχνικής από τον ωφελούμενο αξιολογείται από συνεδρία σε συνεδρία, όπου συζητούνται πιθανές δυσκολίες, αποσαφηνίζονται τα βήματα και πραγματοποιούνται αναπροσαρμογές είτε στο σχέδιο δράσης είτε στο προς επίλυση πρόβλημα είτε στις λύσεις που επιλέγονται να εφαρμοστούν. Πρόκειται, επομένως, για μια διαδικασία που ξεκινάει στη δεύτερη συνεδρία και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της παρέμβασης.

3. Συμπεριφορική ενεργοποίηση (3η συνεδρία)

Στην τρίτη συνεδρία, μετά από μια σύντομη ψυχοεκπαίδευση για τον φαύλο κύκλο της αδράνειας στον οποίο παγιδεύεται ένας άνθρωπος με καταθλιπτικά συμπτώματα, ο ωφελούμενος ενθαρρύνεται να επανέλθει σταδιακά σε ευχάριστες δραστηριότητες, καθώς και σε καθημερινές εργασίες, με σκοπό να βελτιώσει τη διάθεση και τη λειτουργικότητά του. Στην παρέμβαση PM+ αυτή η στρατηγική ονομάζεται «Ξεκινήστε, συνεχίστε» («Get going, keep doing»). Για την εφαρμογή και αυτής της στρατηγικής δημιουργείται ένα συγκεκριμένο και αναλυτικό εβδομαδιαίο πρόγραμμα. Σημαντικό μέρος της τεχνικής είναι η ανάλυση των δραστηριοτήτων (είτε ευχάριστων είτε αναγκαίων) σε μικρότερα, διαχειρίσιμα βήματα, ώστε να είναι εφικτές στην εφαρμογή τους από έναν άνθρωπο με χαμηλά επίπεδα ενέργειας και διάθεσης. Το πρόγραμμα και η εφαρμογή του παρακολουθούνται και αναπροσαρμόζονται από συνεδρία σε συνεδρία.

4. Ενίσχυση κοινωνικής υποστήριξης (4η συνεδρία)

Στην τέταρτη συνεδρία εξηγείται η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης και διευκρινίζονται οι διάφορες μορφές που αυτή μπορεί να πάρει. Στη συνέχεια, δημιουργείται συνεργατικά με τον ωφελούμενο ένα πλάνο επανασύνδεσης με την κοινότητα, αναζήτησης και διεκδίκησης υποστήριξης (συναισθηματικής και πρακτικής) από σημαντικούς άλλους ή/και οργανισμούς. Και σε αυτή την τεχνική, το πρόγραμμα είναι εβδομαδιαίο, συγκεκριμένο και σταδιακό και αξιολογείται στην επόμενη (και τελευταία) συνεδρία.

Στην πρώτη συνεδρία παρέχεται, επίσης, μια συνοπτική ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τις συνήθειες αντιδράσεις των ανθρώπων στις αντιξοότητες και πραγματοποιείται μια σύντομη κινητοποιητική συνέντευξη (motivational interviewing), με στόχο την ενίσχυση της ενεργού δέσμευσης του ατόμου στην παρέμβαση. Η πέμπτη συνεδρία περιλαμβάνει την αναγνώριση προσωπικών προειδοποιητικών ενδείξεων («Παραμένοντας καλά»), την αξιολόγηση της κατανόησης και των γνώσεων του ατόμου σχετικά με τις στρατηγικές της παρέμβασης PM+ (μέσα από κάποια υποθετικά παραδείγματα ανθρώπων με προβλήματα, ζητώντας από το άτομο να σκεφτεί ποιες στρατηγικές θα χρησιμοποιούσε για να τους βοηθήσει – «Φανταστείτε πώς να βοηθήσετε τους άλλους») και την αναγνώριση στόχων στους οποίους ο ωφελούμενος μπορεί να εργαστεί, χρησιμοποιώντας όσα έμαθε μέσα από την παρέμβαση στο μέλλον («Κοιτάζοντας το μέλλον»).

Η διάρκεια της παρέμβασης μπορεί να επεκταθεί σε περισσότερες συνεδρίες, εάν προκύψουν δυσκολίες κατανόησης ή εφαρμογής των τεχνικών. Ωστόσο, δεν αναμένεται ο ωφελούμενος να επιλύσει όλα τα προβλήματά του στο πλαίσιο της παρέμβασης. Ο στόχος είναι να εξοικειωθεί με τη χρήση των τεχνικών, ώστε να τις εφαρμόζει αυτόνομα μετά την ολοκλήρωσή της.

Το εγχειρίδιο της παρέμβασης PM+ περιλαμβάνει αναλυτική περιγραφή όλων των τεχνικών, καθώς και το πρωτόκολλο εφαρμογής, στο οποίο προτείνονται συγκεκριμένα κείμενα που ο πάροχος βοήθειας (helper) θα χρησιμοποιήσει για να εισαγάγει τον ωφελούμενο στο εργαλείο συνολικά και σε κάθε τεχνική ξεχωριστά. Περιλαμβάνει, επίσης, τέσσερις εικόνες («Υποστηρικτικά Έντυπα Ωφελούμενων»), καθεμία από τις οποίες απεικονίζει με χαρακτηριστικό τρόπο τις βασικές τεχνικές, καθώς και ένα εβδομαδιαίο ημερολόγιο. Αυτές οι σελίδες συνιστάται να αναπαράγονται, να χρησιμοποιούνται ως οπτικά βοηθήματα κατά την εκπαίδευση στις

τεχνικές και να δίνονται στους ωφελούμενους ως οπτικές υπενθυμίσεις. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα χρησιμοποιείται για τη δημιουργία σχεδίων δράσης αναφορικά με την επίλυση προβλημάτων, τη συμπεριφορική ενεργοποίηση και την ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης. Συνιστάται, τέλος, η προσαρμογή των εικόνων στα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Πράγματι, αν κάποιος ανατρέξει στα εγχειρίδια που ο ΠΟΥ έχει αναρτημένα στον ιστότοπο του, θα παρατηρήσει μικρές διαφοροποιήσεις σε στοιχεία, όπως η ενδυμασία, η κόμμωση και το χρώμα του δέρματος των σκίτσων που απεικονίζουν ανθρώπους. Στην ελληνική έκδοση, διατηρήσαμε τις εικόνες από το αγγλόφωνο εγχειρίδιο. Καθώς οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα» εφαρμόζουν την παρέμβαση στη μητρική τους γλώσσα, η οποία είναι αντίστοιχα η μητρική γλώσσα του εκάστοτε ωφελούμενου, χρησιμοποιούν το ανάλογο εγχειρίδιο (αραβόφωνο, γαλλόφωνο κ.λπ.).

Άλλες πολιτισμικές προσαρμογές που συνιστάται να γίνονται, ανάλογα με το τοπικό πλαίσιο εφαρμογής της παρέμβασης, αφορούν σε:

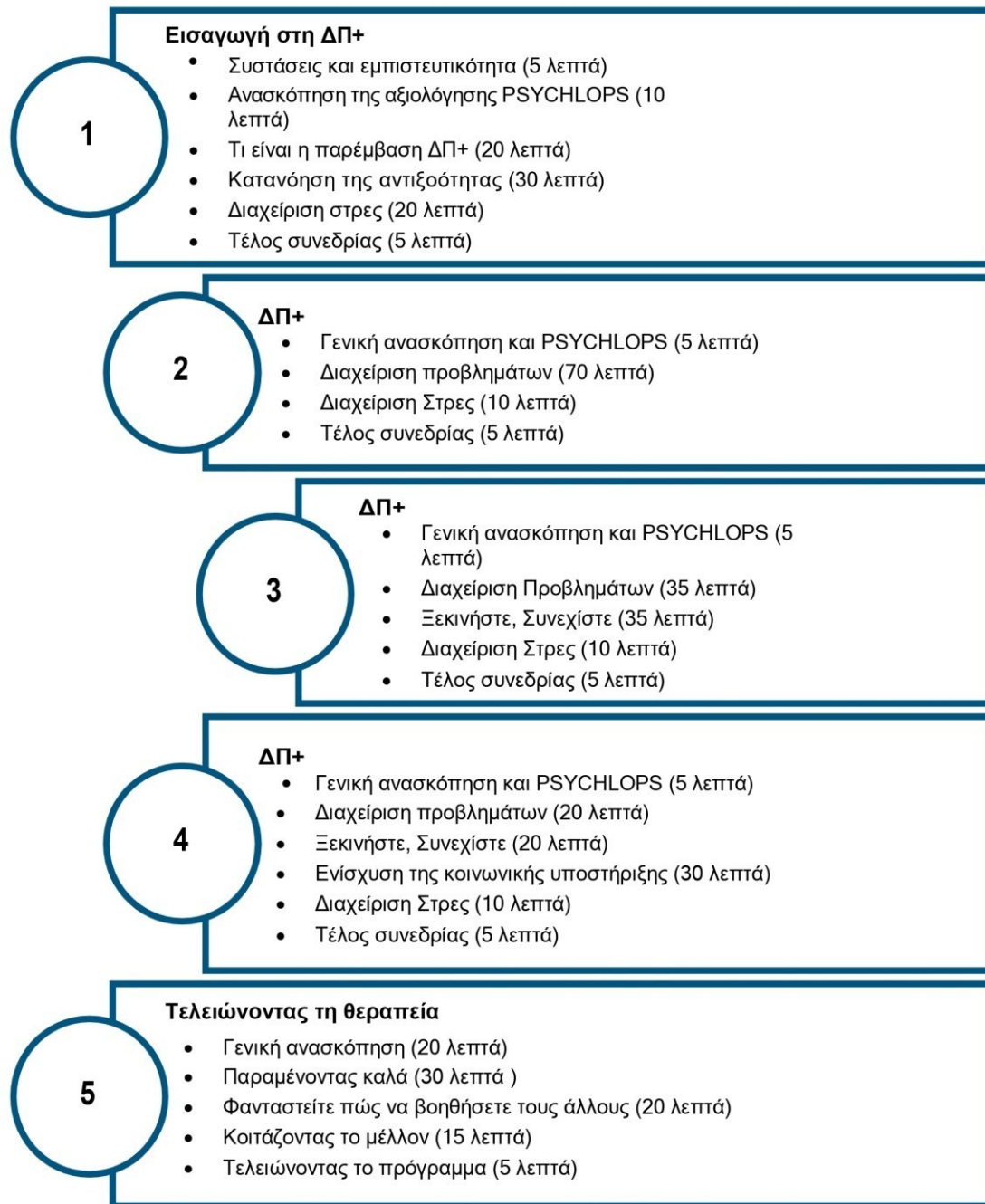
- χρήση τοπικών γλωσσικών εκφράσεων και παροιμιών·
- κοινωνικοπολιτισμικές διαφορές στην παροχή βοήθειας (για παράδειγμα, κατάλληλη βλεμματική επαφή, φύλο βοηθού ίδιο ή διαφορετικό από του ωφελούμενου, χώρος παροχής βοήθειας, προσαρμογή συζήτησης όταν πρόκειται για θέματα που συνιστούν ταμπού)·
- νομικές διαφοροποιήσεις σχετικά με την αναφορά αυτοκτονικού σχεδιασμού, παιδικής κακοποίησης, ενδοοικογενειακής βίας·
- διαφορές στο σύστημα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας, υπηρεσιών υγείας (γενικής και ειδικής - για παράδειγμα υπηρεσίες απεξάρτησης από ουσίες), υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Για τις προσαρμογές αυτές παρέχεται επιμόρφωση κατά τη διάρκεια της βασικής εκπαίδευσης, καθώς και συνεχιζόμενη καθοδήγηση στο πλαίσιο της συστηματικής πλαisiώσης και εποπτείας των παρόχων βοήθειας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας καθόλη τη διάρκεια της παρέμβασης. Στο Γράφημα 1 συνοψίζεται η δομή της παρέμβασης PM+.

Εκπαίδευση των παρόχων βοήθειας

Ο ΠΟΥ (2018) προτείνει η εκπαίδευση των παρόχων βοήθειας να γίνεται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καταρτισμένους στις συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιεί η παρέμβαση PM+. Η διάρκεια της εκπαίδευσης συνιστάται να είναι τουλάχιστον 80 ώρες (10 μέρες εκπαίδευσης πλήρους ωραρίου). Η εκπαίδευση βασίζεται στις αρχές της βιωματικής μάθησης και εστιάζει σε παιχνίδια ρόλων, χρησιμοποιώντας παραδείγματα περιστατικών εφαρμογής της παρέμβασης. Εκτός από την εκπαίδευση στα εργαλεία αξιολόγησης και στην παρέμβαση βήμα-βήμα, περιλαμβάνεται βασική ψυχοεκπαίδευση αναφορικά με συνήθη προβλήματα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος, στρες), καθώς και στις βασικές δεξιότητες συμβουλευτικής (για παράδειγμα, ενσυναίσθηση, ενεργητική ακρόαση, μη κριτική στάση, μη λεκτικές ικανότητες επικοινωνίας, αποφυγή άμεσων συμβουλών κ.ά.). Επίσης, περιλαμβάνονται ενότητες εκπαίδευσης σχετικά με την εποπτεία των παρόχων βοήθειας, καθώς και την αυτοφροντίδα τους. Συστήνεται αυστηρά η συστηματική εποπτεία και υποστήριξη των παρόχων βοήθειας σε όλη τη διάρκεια υλοποίησης της παρέμβασης PM+ από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Στόχος της συνεχούς καθοδήγησης και εποπτείας είναι η παρακολούθηση βήμα-βήμα της διαδικασίας εφαρμογής της παρέμβασης, για την αποφυγή βλάβης τόσο στους ωφελούμενους όσο και στους παρόχους βοήθειας.

Γράφημα 1. Δομή της παρέμβασης Problem Management Plus (PM+)



Πηγή: Αναδημοσιευμένο από Διαχείριση Προβλημάτων Συν (ΔΠ+): Ατομική ψυχολογική βοήθεια για ενήλικες που έχουν πληγεί από στρες σε κοινότητες με αντιξοότητες (σ. 17), του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 2016.

Μελέτες αξιολόγησης της παρέμβασης PM+

Οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησης της παρέμβασης PM+ αφορούν πρόσφυγες ή πληθυσμούς που έχουν εκτεθεί σε αντιξοότητες γενικότερα. Ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες ομάδες που παρουσιάζουν ψυχολογική δυσφορία (π.χ. άτομα με σωματική ασθένεια, θύματα έμφυλης βίας κ.ά.). Στη συνέχεια, γίνεται ανασκόπηση των μελετών και σχετικών ερευνητικών πρωτοκόλλων που είναι σε εξέλιξη και αφορούν στην αξιολόγηση της παρέμβασης PM+ σε άτομα και ομάδες.

Μια από τις πρώτες έρευνες που έγιναν για την αξιολόγηση της εφαρμογής της παρέμβασης PM+ σε χώρες υψηλού εισοδήματος είναι αυτή των de Graaf et al. (2020). Η εν λόγω έρευνα είχε ως δείγμα Σύρους πρόσφυγες στην Ολλανδία, οι οποίοι παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Εκτιμήθηκε η αποδοχή, η αποτελεσματικότητα και η σχέση κόστους-οφέλους της παρέμβασης PM+, η οποία εφαρμόστηκε από μη ειδικούς αραβόφωνους Σύρους που είχαν λάβει κατάλληλη εκπαίδευση. Διεξήχθη μονά τυφλή (single blind) μελέτη με τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) και συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων έρευνας σε σχετικά μικρό δείγμα (N=60) και επανάληψη των αξιολογήσεων (follow-up) τρεις μήνες μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Συγκρίθηκε η ομάδα που έλαβε παρέμβαση PM+ με ομάδα ελέγχου που περιλάμβανε πρόσφυγες, οι οποίοι έλαβαν συνήθη θεραπεία (CAS-care as usual), δηλαδή έλαβαν φροντίδα από υπηρεσίες ψυχικής υγείας για πρόσφυγες (κοινοτικές υπηρεσίες και μη-κατευθυντική συμβουλευτική από τοπικές ΜΚΟ ή παραπέμφθηκαν για εξειδικευμένη θεραπεία της διαταραχής μετατραυματικού στρες, όπως π.χ., αφηγηματική θεραπεία έκθεσης). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η παρέμβαση PM+ είχε θετική αποδοχή από τους συμμετέχοντες, τους παρόχους βοήθειας και τα άτομα-κλειδιά στην κοινότητα (key informants/stakeholders). Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες, της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας και των αυτοαναγνωριζόμενων προβλημάτων ψυχικής υγείας στην ομάδα που έλαβε παρέμβαση PM+ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Παράλληλα, παρατηρήθηκαν χαμηλότερα ποσοστά πρόωρου τερματισμού της θεραπευτικής παρέμβασης (dropout). Όσον αφορά τη μελέτη ανάλυσης κόστους, καταγράφηκε υψηλότερο επίπεδο δαπανών στην παρέμβαση PM+ συγκριτικά με τη συνήθη θεραπεία. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με πρωτόκολλο που έχει δημοσιευτεί, βρίσκεται σε εξέλιξη πιλοτική μελέτη με τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή στην Ολλανδία, προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης PM+ συγκριτικά με τη συνήθη παρεχόμενη θεραπεία (βασική φροντίδα σε επίπεδο ψυχικής υγείας ή εξειδικευμένη φροντίδα από υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας για πρόσφυγες) σε πρόσφυγες νεαρής ηλικίας, 16-25 ετών, με καταγωγή από τη Συρία, την Ερυθραία και το Ιράκ (Sever et al., 2021).

Σχετικά με μελέτες που αφορούν στην παρέμβαση PM+ σε πληθυσμούς που πλήττονται από αντιξοότητες, τα ευρήματα σχετικής μελέτης έδειξαν ότι η παρέμβαση PM+ ήταν πιο αποτελεσματική στη μείωση της δυσφορίας και στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ενηλίκων που είχαν εκτεθεί σε συγκρούσεις στο Πακιστάν σε σύγκριση με όσους έλαβαν βελτιωμένη συνήθη φροντίδα (EUC-enhanced usual care). Η συνήθης φροντίδα περιλάμβανε θεραπεία από γενικούς ιατρούς, οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε πενταήμερη εκπαίδευση για την ανίχνευση και αντιμετώπιση συμπτωμάτων συνήθων ψυχικών διαταραχών (Hamdani et al., 2020). Ωστόσο, η παρέμβαση PM+ παρουσίαζε μεγαλύτερο κόστος σε σύγκριση με τη βελτιωμένη συνήθη φροντίδα. Παρόλα αυτά, όπως επισημαίνεται και από άλλες μελέτες, προοπτικά το κόστος μιας τέτοιας παρέμβασης μπορεί να είναι μικρότερο, εφόσον οι πάροχοι βοήθειας εξυπηρετούν σταθερά υψηλό αριθμό ωφελούμενων σε βάθος χρόνου (de Graaf et al., 2020).

Στο Πακιστάν διεξήχθη, επίσης, μία από τις πρώτες ολοκληρωμένες μελέτες (μονά τυφλή πιλοτική μελέτη με τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή) (Rahman et al., 2016) για την αξιολόγηση της παρέμβασης PM+ από μη ειδικούς, έπειτα από κατάλληλη εκπαίδευση και εποπτεία. Το δείγμα αποτελούταν από 60 άτομα που παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας και έκπτωση στη λειτουργικότητα (όπως αξιολογήθηκε με το εργαλείο WHODAS 2.0) και είχαν απευθυνθεί σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα προάστια μιας χαμηλού εισοδήματος πόλης. Η παρέμβαση PM+ συγκρίθηκε με τη συνήθη φροντίδα που παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι είχαν λάβει μια πενταήμερη βασική εκπαίδευση για τη θεραπεία συνήθων ψυχικών διαταραχών. Στην εκπαίδευση αυτή προστέθηκε μια επιπλέον μέρα, αφιερωμένη στις εκδηλώσεις κατάθλιψης και άγχους, την ψυχοεκπαίδευση, την υποστηρικτική συμβουλευτική, την ορθολογική χρήση των αντικαταθλιπτικών και αγχολυτικών, καθώς και τους τρόπους παραπομπής. Τα ευρήματα έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα, μείωση των συμπτωμάτων

μετατραυματικού στρες, καθώς και χαμηλότερα ποσοστά πρόωρου τερματισμού της θεραπευτικής παρέμβασης στην ομάδα που έλαβε υποστήριξη μέσω της παρέμβασης PM+ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Επιπρόσθετα, έχει σχεδιαστεί μελέτη για την ανάπτυξη και αξιολόγηση της παρέμβασης PM+, προσαρμοσμένη ως βραχεία θεραπευτική παρέμβαση για πληθυσμούς που πλήττονται από συγκρούσεις, κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και παρουσιάζουν ψυχολογική δυσφορία (Fuhr, 2021). Στο πλαίσιο αυτό, η παρέμβαση PM+ θα ενσωματώσει τεχνικές για τη θεραπεία διαταραχών χρήσης αλκοόλ, σε συνδυασμό με στρατηγικές αντιμετώπισης των συνοδών συμπτωμάτων συνήθων ψυχικών διαταραχών, προκειμένου να χρησιμοποιείται ως βραχεία θεραπεία σε ανάλογες περιπτώσεις. Η ανάπτυξη και αξιολόγηση της παρέμβασης PM+ θα περιλαμβάνει συμμετοχική έρευνα στην κοινότητα, την εξέταση της αποδοχής και της αποτελεσματικότητάς της μέσω της πιλοτικής μελέτης, καθώς και έρευνα κόστους-οφέλους. Η έρευνα θα υλοποιηθεί με δύο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές σε: α) πρόσφυγες από το Νότιο Σουδάν που διαμένουν στην επαρχία του Δυτικού Νείλου στην Ουγκάντα, καθώς και σε εσωτερικά εκτοπισμένους πληθυσμούς και β) άντρες που πλήττονται από συγκρούσεις (π.χ. βετεράνους πολέμου) στην Ουκρανία. Αυτές οι περιοχές επιλέχθηκαν, σύμφωνα με τους συγγραφείς, λόγω της υψηλής επικράτησης περιπτώσεων κατάχρησης αλκοόλ, ψυχικών διαταραχών, περιστατικών έμφυλης βίας και του σημαντικού κενού μεταξύ των αναγκών ψυχικής υγείας και των διαθέσιμων θεραπευτικών υπηρεσιών.

Τα τελευταία χρόνια, η παρέμβαση PM+ έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλους πληθυσμούς, όπως σε άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής υγείας (π.χ. πολλαπλό μύλωμα, Zhang et al., 2020), καθώς και σε γυναίκες επιζήσασες έμφυλης βίας (Bryant et al., 2017), με τα ευρήματα να αναδεικνύουν τη σαφή αποτελεσματικότητα της παρέμβασης ως προς την ανακούφιση της ψυχολογικής δυσφορίας.

Επίσης, έχουν δημοσιευτεί μελέτες που αφορούν στην αποτελεσματικότητα της παρέμβασης PM+ σε ομάδες (Group PM+). Ο εν λόγω τύπος παρέμβασης διατηρεί τις βασικές αρχές της παρέμβασης PM+, είναι, όμως, προσαρμοσμένος στη δυναμική των ομάδων, ενισχύοντας την κοινωνική δέσμευση και την κοινωνική υποστήριξη, με βασικό πλεονέκτημα την υλοποίηση σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων (WHO, 2020). Στο πλαίσιο πρόσφατης έρευνας στο Νεπάλ (Jordans et al., 2021), διαπιστώθηκε ότι η παρέμβαση PM+, αποτελούμενη από πέντε συνεδρίες που υλοποιήθηκαν από μη ειδικούς σε ομάδες ενηλίκων (N=611), οι οποίοι, στην πλειονότητά τους, είχαν εκτεθεί σε ανθρωπιστική κρίση ή έπασχαν από χρόνια ασθένεια, οδήγησε σε μείωση των συμπτωμάτων ψυχολογικής δυσφορίας. Τα οφέλη φάνηκαν να είναι μεγαλύτερα σε σχέση με τα αντίστοιχα στην ομάδα ελέγχου που έλαβε βελτιωμένη συνήθη φροντίδα, η οποία περιλάμβανε μια οικογενειακή συνάντηση ψυχοεκπαιδευτικού χαρακτήρα και παραπομπή σε επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Τα αυξημένα αυτά οφέλη εξηγήθηκαν, ως έναν βαθμό, από την ανάπτυξη ψυχοκοινωνικών δεξιοτήτων στην καθημερινότητα στην ομάδα εφαρμογής της παρέμβασης PM+.

Αντίστοιχα, σε μια άλλη έρευνα που είχε προηγηθεί στο Νεπάλ (Sangraula et al., 2020), σε περιοχή που πλήττεται συχνά από σεισμούς, διαπιστώθηκε μεγαλύτερη δέσμευση στη διαδικασία (χαμηλό ποσοστό dropout) και σημαντικότερη βελτίωση στη γενική δυσφορία και τη λειτουργικότητα σε καθημερινές δραστηριότητες στην ομάδα όπου εφαρμοζόταν η παρέμβαση PM+ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που έλαβε βελτιωμένη συνήθη θεραπεία (σύντομο πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευσης και παραπομπή σε επαγγελματίες υγείας εκπαιδευμένους βάσει του εργαλείου mhGAP του ΠΟΥ). Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ανέφεραν βελτίωση στα σωματικά συμπτώματα και μεγαλύτερη κατανόηση του πώς να διαχειριστούν τα προβλήματά τους, καθώς και μείωση του αυτοστιγματισμού. Στην ίδια κατεύθυνση βρίσκονται και τα αποτελέσματα μελετών που είχαν προηγηθεί για την αξιολόγηση της παρέμβασης PM+ σε ομάδες γυναικών με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, οι οποίες είχαν εκτεθεί σε συγκρούσεις σε μη αστικές περιοχές του Πακιστάν (Rahman et al., 2019). Παρατηρήθηκε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και αύξηση της λειτουργικότητας, συγκριτικά με τις γυναίκες που έλαβαν βελτιωμένη συνήθη φροντίδα. Η τελευταία περιλάμβανε θεραπεία που παρέχεται σε κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κατόπιν εκπαίδευσης των επαγγελματιών στην αξιολόγηση και θεραπεία αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών

από το Συνεργαζόμενο Κέντρο του ΠΟΥ στο Πακιστάν, καθώς και παραπομπή σε ψυχιατρικό τμήμα για περιπτώσεις πιο σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών.

Παράδειγμα εφαρμογής της παρέμβασης PM+ στο πλαίσιο του προγράμματος «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα»

Το πρόγραμμα «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα» (Community Psychosocial Workforce) ξεκίνησε να υλοποιείται το 2019 από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες και την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το εν λόγω πρόγραμμα αποτελείται από πρόσφυγες, οι οποίοι έχουν κατάλληλα εκπαιδευτεί και παρέχουν υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ομοεθνείς τους στη μητρική τους γλώσσα: φαρσί, αραβικά, γαλλικά και ουκρανικά.

Η εκπαίδευση είχε συνολική διάρκεια 20 ημερών (120 ωρών), εκ των οποίων 80 ώρες αφιερώθηκαν στην παρέμβαση PM+. Επιπλέον της παρέμβασης PM+, οι εκπαιδευτικές ενότητες που καλύφθηκαν ήταν:

- Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας
- Βασικές Αρχές Αυτοβοήθειας
- Ευαισθητοποίηση σε Θέματα Ψυχικής Υγείας
- Ψυχικό Τραύμα και Ψυχική Ανθεκτικότητα
- Βασικές Αρχές Ανάρρωσης (Recovery model)
- Ενδυνάμωση στην Κοινότητα
- Συνηγορία
- Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Κατά την παροχή των υπηρεσιών, οι πρόσφυγες-φροντιστές υποστηρίζονται σε καθημερινή βάση από ψυχολόγο, ο οποίος παρέχει καθοδήγηση διαχείρισης κατά περίπτωση (ad hoc) εβδομαδιαία επίβλεψη, καθώς και ad hoc επίβλεψη για την αντιμετώπιση έκτακτων επιτόπιων προκλήσεων. Επιπρόσθετα, έχει θεσμοθετηθεί εξωτερική ομαδική εποπτεία ανά 15 ημέρες, κατά την οποία διερευνώνται θέματα αντιμεταβίβασης, δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, αυτοφροντίδας κ.λπ.

Οι εκπαιδευμένοι πρόσφυγες έχουν τον ρόλο του παρόχου βοήθειας⁷, όπως περιγράφεται στο εγχειρίδιο της παρέμβασης PM+, και στο συγκεκριμένο πρόγραμμα αποκαλούνται «ψυχοκοινωνικοί φροντιστές της κοινότητας» (community psychosocial workers)⁸. Αποτελούν τη γέφυρα μεταξύ των προσφυγικών κοινοτήτων και της επαγγελματικής/θεσμικής παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας. Ο γεφυροποιός ρόλος των παραεπαγγελματιών με προσφυγικό υπόβαθρο μπορεί να προσφέρει ευκαιρίες τόσο ενδυνάμωσης όσο και ρύθμισης των κοινωνικών εντάσεων (Abrahamsson et al., 2009).

Τα κριτήρια επιλογής των ψυχοκοινωνικών φροντιστών της κοινότητας είναι τα εξής: α) να είναι πρόσφυγες (βιωμένη εμπειρία), β) να έχουν τουλάχιστον δύο χρόνια στην Ελλάδα, γ) να γνωρίζουν το ελληνικό σύστημα δημόσιας διοίκησης και τη γραφειοκρατία, δ) να μιλάνε ελληνικά και αγγλικά (βασικό επίπεδο γνώσεων), ε) να έχουν βασικές γνώσεις ηλεκτρονικών υπολογιστών, στ) να επιθυμούν να παραμείνουν στη χώρα.

Οι υπηρεσίες παρέχονται σε ενήλικους πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο που κατοικούν στον αστικό ιστό της Αττικής και χρίζουν ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Οι ωφελούμενοι χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό

⁷ Στην αγγλόφωνη βιβλιογραφία συναντάμε διάφορους όρους που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τους μη επαγγελματίες παρόχους βοήθειας, όπως caseworkers, lay counsellors, lay therapists, peer support workers, mental health lived experience workforce κ.ά.

⁸ Για τη μετάφραση του όρου «worker» επιλέχθηκε ο «φροντιστής» έναντι του «λειτουργού», προκειμένου να αποφευχθεί σύγχυση μεταξύ του μη επαγγελματία παρόχου βοήθειας και του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού.

ευαλωτότητας και έχουν ανάγκη από υποστήριξη για την ανάπτυξη δεξιοτήτων αποτελεσματικής διαχείρισης του στρες που προκαλείται από ψυχοπιεστικές καταστάσεις και ψυχοτραυματικά γεγονότα. Μπορεί να είναι άτομα με ψυχικές διαταραχές, χρόνια νόσο ή αναπηρία, ηλικιωμένοι, θύματα έμφυλης βίας, αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, ΛΟΑΤΚΙ, άστεγοι κ.ά.

Ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών φροντιστών της κοινότητας αφορά στην αξιολόγηση των προβλημάτων, τον προσδιορισμό των αναγκών, την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της ενσυναίσθησης, την εκπαίδευση σε στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων της καθημερινότητας, την παραπομπή και διασύνδεση με φορείς που παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα, την ενδυνάμωση και την κοινωνική ενσωμάτωση.

Επιπρόσθετα, οι ψυχοκοινωνικοί φροντιστές της κοινότητας αποτελούν ένα θετικό πρότυπο για τους ομοεθνείς τους, ιδίως τους νεοαφιχθέντες. Εκτός από την κοινή γλώσσα, εθνικότητα, θρησκεία και κουλτούρα, είναι και οι ίδιοι εκτοπισμένοι και έχουν υπάρξει αποδέκτες υπηρεσιών στο πλαίσιο της επανεγκατάστασής τους στην Ελλάδα. Η ενσυναίσθηση και η κατανόηση, που απορρέουν από την κοινή εμπειρία της επανεγκατάστασης, μπορούν να διαμορφώσουν ένα ιδιαιτέρως υποστηρικτικό περιβάλλον (Smith, 2008). Το γεγονός ότι έχουν καταφέρει να ξεπεράσουν τα εμπόδια με επιτυχία μπορεί να εμψυχήσει ελπίδα στους νεοαφιχθέντες προσφύγες και να συμβάλει στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης, απαραίτητη προϋπόθεση για την προσαρμογή στο κοινωνικό και διοικητικό σύστημα της Ελλάδας και την αποτελεσματική πλοήγηση στις υπηρεσίες του κρατικού μηχανισμού (Shaw, 2014).

Οι ψυχοκοινωνικοί φροντιστές της κοινότητας παρείχαν τις υπηρεσίες σε κατ' οίκον επισκέψεις. Κατά τη διάρκεια των περιοριστικών μέτρων για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19, οι συναντήσεις πραγματοποιούνταν εξ αποστάσεως, με τη χρήση των νέων τεχνολογιών. Στη μετά-Covid εποχή, οι υπηρεσίες παρέχονται στο Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Προσφύγων (ΚεΨΥΠ), το οποίο δημιουργήθηκε τον Νοέμβριο 2022 και λειτουργεί στο κέντρο της Αθήνας, εξασφαλίζοντας την προσβασιμότητα. Παράλληλα, συνεχίζονται οι κατ' οίκον επισκέψεις σε ωφελούμενους με κινητικά προβλήματα ή σε όσους αντιμετωπίζουν δυσκολίες μετακίνησης (π.χ. έγκυες, ηλικιωμένοι κ.ά.).

Παρακάτω παρουσιάζεται η περίπτωση μιας ωφελούμενης του προγράμματος, στην οποία εφαρμόστηκε η παρέμβαση PM+ από ψυχοκοινωνική φροντίστρια της Αραβόφωνης κοινότητας. Όλες οι συναντήσεις τόσο για την αξιολόγηση, όσο και για την παρέμβαση, με την ωφελούμενη πραγματοποιήθηκαν διαδικτυακά κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Παράδειγμα Εφαρμογής

Σύντομο ιστορικό. Η Fatime⁹ είναι μια γυναίκα 36 ετών από τη Συρία. Βρίσκεται μαζί με τον 13 ετών γιο της στην Ελλάδα εδώ και περίπου τρία χρόνια, εκ των οποίων ενάμιση χρόνο έζησαν στη Σάμο. Στη συνέχεια, μετακινήθηκαν στην Αθήνα, όπου τους παραχωρήθηκε στέγη στο πλαίσιο του προγράμματος «Εστία». Όταν χρειάστηκε να ταξιδέψει στην Κρήτη, για να δει κάποια μέλη της οικογένειάς της, έχασε τα νομικά και διοικητικά έγγραφά της και δεν κατάφερε να επιστρέψει εγκαίρως στην Αθήνα, εξαιτίας των περιορισμών των μετακινήσεων στο πλαίσιο της προσπάθειας αντιμετώπισης της πανδημίας Covid-19. Το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν κατάφερε να παρευρεθεί στο ραντεβού της συνέντευξης ασύλου και έχασε το σπίτι που της είχε παραχωρηθεί. Επέστρεψε στην Αθήνα χωρίς έγγραφα, εν μέσω καραντίνας. Τη στιγμή που παραπέμφθηκε στο πρόγραμμα του Προσωπικού Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα, φιλοξενούνταν από ομοεθνείς της στην Αθήνα. Η παραπομπή της στο πρόγραμμα έγινε από συνεργαζόμενο φορέα, προκειμένου να λάβει την κατάλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη και δικτύωση με υπηρεσίες, με απώτερο στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση.

⁹ Το όνομα της ωφελούμενης έχει αλλάξει για λόγους ανωνυμίας.

Περιγραφή προβλημάτων. Η Fatime αναζήτησε υποστήριξη για τα ζητήματα που προέκυψαν από την απώλεια των εγγράφων της, καθώς και καθοδήγηση προκειμένου να ξεκινήσει από την αρχή τη διαδικασία αίτησης ασύλου. Παράλληλα, ανέφερε ότι ο γιος της αντιμετώπιζε σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα από την ηλικία των 3 ετών, είχε επιληπτικές κρίσεις και βρισκόταν υπό θεραπευτική αγωγή. Η ίδια, αναφορικά με τα δικά της προβλήματα, ανέφερε σωματική και ψυχική κόπωση και αισθήματα απελπισίας όσον αφορά τις συνθήκες διαβίωσης. Τέλος, η ωφελούμενη φαίνεται ότι δεν είχε κανένα υποστηρικτικό δίκτυο στην Αθήνα.

Αξιολόγηση πριν την παρέμβαση PM+. Μετά την παραπομπή, ξεκίνησε η υποστήριξη της Fatime από μια ψυχοκοινωνική φροντίστρια της κοινότητας, με καταγωγή από τη Συρία. Κατά τη διαδικασία αξιολόγησης, συμπληρώθηκαν οι κλίμακες PSYCHLOPS, GAD-7 και PHQ-9 (όπως περιγράφεται στην ενότητα «Περιγραφή της παρέμβασης»).

Από την αρχική αξιολόγηση προέκυψαν δύο βασικά προβλήματα που η Fatime χαρακτήρισε ως πολύ σημαντικά, καθώς και υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας. Με την ολοκλήρωση της αξιολόγησης, διαπιστώθηκε ότι η Fatime πληροί τα κριτήρια για να ενταχθεί στην παρέμβαση PM+ (Πίνακας 1). Τα προβλήματα που κατονόμασε η Fatime ως τα πλέον σημαντικά σε αυτή τη φάση της ζωής της ήταν:

- i. το ζήτημα της έλλειψης εγγράφων και του ασύλου·
- ii. η έλλειψη στέγασης και η απώλεια του οικονομικού βοηθήματος.

Λόγω των παραπάνω δυσκολιών, ανέφερε ότι δεν μπορούσε να κοιμηθεί, δυσκολευόταν να ανταπεξέλθει στις καθημερινές απαιτήσεις του νοικοκυριού και δεν μπορούσε να ανταποκριθεί στις συνεχείς ευθύνες φροντίδας και ανατροφής του γιου της.

Η ίδια ανέδειξε τα παραπάνω προβλήματα ως σοβαρά, τονίζοντας τη σημαντική επίδρασή τους στην καθημερινότητά της και στη διάθεσή της.

Το σκορ της ωφελούμενης στην PSYCHLOPS ήταν 20, που αποτελεί τη μέγιστη βαθμολογία αναφορικά με την επίδραση των παρόντων προβλημάτων στη λειτουργικότητα του ατόμου και την ψυχική δυσφορία. Η ωφελούμενη κατέγραψε πολύ υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα PHQ-9 και στην κλίμακα GAD-7 (21 και 17 αντίστοιχα, βαθμολογίες που σημαίνουν σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα και υψηλό επίπεδο άγχους). Τα πιο σημαντικά συμπτώματα ήταν τα εξής: έλλειψη συγκέντρωσης, δυσκολία ύπνου, συναισθηματική δυσφορία και απόγνωση, ψυχική και σωματική κόπωση, αποπροσανατολισμός, αναποτελεσματικότητα στη διαχείριση της καθημερινότητας και στη διεκπεραίωση των καθημερινών υποχρεώσεων (οικογενειακών και προσωπικών).

Ατομικό Σχέδιο Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης. Από την αξιολόγηση διαπιστώθηκε ότι η Fatime βίωνε υψηλά επίπεδα δυσφορίας, τα οποία εκδηλώνονταν ως σημαντικές ψυχικές δυσκολίες (διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης, μειωμένη λειτουργικότητα στη διαχείριση καθημερινών ζητημάτων). Καθώς αντιμετώπιζε σημαντικά πρακτικά προβλήματα, υποθέτουμε ότι τα υψηλά επίπεδα στρες συνδέονταν με την αδυναμία επίλυσης αυτών των προβλημάτων (Beiser et al., 2010). Ακολούθως, το ατομικό σχέδιο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης καταρτίστηκε και συμφωνήθηκε μαζί της ως εξής:

1. Βασική παρέμβαση: Διαχείριση ψυχολογικής δυσφορίας με την παρέμβαση PM+
2. Υποστήριξη στην ανεύρεση στέγασης
3. Νομική υποστήριξη
4. Κοινωνική ενσωμάτωση
5. Δικτύωση με υπηρεσίες
6. Ενδυνάμωση – ψυχοεκπαίδευση – ιατρική παρακολούθηση σχετικά με το πρόβλημα υγείας του παιδιού

της

Εφαρμογή της παρέμβασης PM+. Η παρέμβαση PM+ διήρκεσε συνολικά 5 εβδομάδες και οι συνεδρίες πραγματοποιήθηκαν με τη σειρά που προβλέπεται στο σχετικό εγχειρίδιο.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, για την αξιολόγηση της ψυχολογικής δυσφορίας και των αυτοαναφερόμενων προβλημάτων χρησιμοποιήθηκαν οι κλίμακες PSYCHLOPS, PHQ-9 και GAD-7. Οι κλίμακες

αυτές χορηγήθηκαν πριν (pre) και μετά (post) την παρέμβαση. Στον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι υπήρξε μείωση στο συνολικό σκορ κάθε κλίμακας κατά την επαναληπτική μέτρηση (3 εβδομάδες μετά το τέλος της παρέμβασης), γεγονός που καταδεικνύει την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης PM+ στην εν λόγω περίπτωση. Συγκεκριμένα, η συμπτωματολογία της ωφελούμενης μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης αξιολογήθηκε ως ήπια, ενώ πριν την παρέμβαση είχε χαρακτηριστεί ως σοβαρή. Τόσο στην κλίμακα PHQ-9 για τη συναισθηματική δυσφορία όσο και στην κλίμακα GAD-7 που μετρά το άγχος, η βαθμολογία ήταν χαμηλή (7 και 5 αντίστοιχα, από 21 και 17 πριν από την παρέμβαση). Επιπλέον, στην κλίμακα PSYCHLOPS, το σκορ μειώθηκε από 20 (πριν από την παρέμβαση) σε 6.

Στον Πίνακα 1 περιγράφεται αναλυτικά η ψυχοκοινωνική υποστήριξη της ωφελούμενης με την παρέμβαση PM+ και παρουσιάζεται η βαθμολογία της ωφελούμενης στις ψυχομετρικές αξιολογήσεις πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Συζήτηση

Η διαδικασία της επανεγκατάστασης των προσφύγων χαρακτηρίζεται από πολλές προκλήσεις, οι οποίες σχετίζονται με γλωσσικές δυσκολίες, περιορισμένες ευκαιρίες μάθησης και επαγγελματικής αποκατάστασης, μη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες κ.ά. (Bowes & Wilkinson, 2003· McMichael & Manderson, 2004· Owens & Randhawa, 2004). Αυτές οι προκλήσεις ενδέχεται να επηρεάσουν την κοινωνική δικτύωση των προσφύγων και να οδηγήσουν στην απομόνωση (Beiser et al., 2010· Lawrence & Kearns, 2005· Patel et al., 2004· Warner, 2007).

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η κοινωνική υποστήριξη των προσφύγων συνδέεται με θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την ψυχική υγεία τους, καθώς μειώνει το αίσθημα της μοναξιάς (Beiser et al., 2010· Beiser et al., 2011· Bhui et al., 2006· Jaranson et al., 2004), ενισχύει το αίσθημα του «ανήκειν» και την ικανοποίηση από τη ζωή (Young, 2001), λειτουργεί ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στο στρες που σχετίζεται με εμπειρίες διάκρισης (Din-Dzietham et al., 2004) και διευκολύνει την ένταξη στο νέο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον (Stewart et al., 2008).

Στο παράδειγμα εφαρμογής που παρουσιάστηκε, αξιοποιήθηκε η παρέμβαση PM+ στο πλαίσιο παρεχόμενων υπηρεσιών από εκπαιδευμένους πρόσφυγες. Οι πρόσφυγες αυτοί, πέρα από την εξειδικευμένη εκπαίδευσή τους, διαθέτουν βιωμένη εμπειρία και διατηρούν κοινωνικούς δεσμούς με τα μέλη των προσφυγικών κοινοτήτων. Μελέτες των τελευταίων ετών για την αξιολόγηση της εφαρμογής της παρέμβασης PM+ στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης πληθυσμών που έχουν εκτεθεί σε αντιξοότητες, όπως οι πρόσφυγες, καταδεικνύουν βελτίωση της λειτουργικότητας, μείωση των συμπτωμάτων άγχους, κατάθλιψης και μετατραυματικού στρες και ισχυρότερη δέσμευση στη θεραπεία από τους ωφελούμενους (de Graaf et al., 2020· Rahman et al., 2016) συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου στις οποίες είχαν προσφερθεί υπηρεσίες από επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Hamdani et al., 2020· de Graaf et al., 2020· Rahman et al., 2016). Θετικά αποτελέσματα καταγράφηκαν και στο παράδειγμα εφαρμογής που παρουσιάστηκε. Προκλήσεις που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια υλοποίησης του προγράμματος σχετίζονται με παράγοντες όπως η κινητικότητα των προσφύγων-φροντιστών, η ανάγκη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και το σχετικό κόστος, οι δυσκολίες στη γλώσσα (κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους και κατά την πλαισίωσή τους από ειδικούς), οι δικές τους συναισθηματικές ανάγκες (μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη, απώλεια-πένθος), καθώς και πρακτικά εμπόδια που απορρέουν από το θεσμικό καθεστώς στο οποίο υπάγεται ο προσφυγικός πληθυσμός στη χώρα.

Ωστόσο, η διαδικασία της εξωτερικής εποπτείας και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ανάλογα με τους διαθέσιμους πόρους κάθε φορά, αποδεικνύεται χρήσιμη και βοηθητική σε τουλάχιστον δύο επίπεδα: στην υποστήριξη της εργασίας τους (υλοποίηση παρέμβασης και χρήση των εργαλείων), καθώς και στην δική τους συναισθηματική υποστήριξη ως συμμετέχοντες σε μία διαδικασία μέσα από την οποία διαχειρίζονται και δικές τους προκλήσεις-δυσκολίες. Όπως υποστηρίζεται από την μελέτη του Nemiro et al. (2021), η ύπαρξη ενός

συστήματος εποπτείας από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η πρακτική άσκηση πριν από την επίσημη ανάληψη κάποιου περιστατικού από τον μη επαγγελματία πάροχο βοήθειας, η αφοσίωση του προσωπικού, η επάρκεια του χρόνου για τη διεξαγωγή της αρχικής εκπαίδευσης και την προσαρμογή (γλωσσική και πολιτισμική) του εργαλείου, καθώς και η δημιουργία ενός συστήματος διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελούν παράγοντες εξέχουσας σημασίας για την επιτυχημένη εφαρμογή της παρέμβασης PM+.

Όσον αφορά τα ελληνικά δεδομένα, δεν υπάρχουν ακόμα δημοσιευμένες μελέτες αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της χρήσης της παρέμβασης PM+. Ωστόσο, είναι σε εξέλιξη η εφαρμογή ερευνητικού πρωτοκόλλου για την αξιολόγηση της χρήσης της παρέμβασης PM+, με τη χορήγηση των εργαλείων PSYCHLOPS, PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) και GAD-7 (Spitzer, 2006), πριν από την έναρξη της παρέμβασης και μετά την ολοκλήρωσή της, σε δείγμα αραβόφωνων και φαρσόφωνων προσφύγων ωφελούμενων του προγράμματος «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα» (ΕΠΑΨΥ/UNHCR).

Παρόλο που η παρέμβαση PM+ φαίνεται να είναι αποτελεσματική σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, είναι περιορισμένα τα διαθέσιμα στοιχεία για τη σκοπιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητά της σε υψηλού εισοδήματος χώρες (de Graaf et al., 2020). Η χρήση μεικτής μεθοδολογίας, που θα συνδυάζει ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους, είναι σημαντική προς αυτή την κατεύθυνση σε μελλοντικές ερευνητικές προσπάθειες. Επίσης, η προσπάθεια αξιολόγησης παραγόντων που σχετίζονται με πρόωρη διακοπή της παρέμβασης (drop-out) από πλευράς του ωφελούμενου δεν έχει μελετηθεί αρκετά μέχρι σήμερα και θα είχε νόημα να περιληφθεί σε νέες μελέτες (de Graaf et al., 2020). Επιπλέον, η επανάληψη των εκτιμήσεων σε βάθος χρόνου μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης θα έδινε περισσότερες πληροφορίες για τη διατήρηση των θετικών αποτελεσμάτων και τη μακρόχρονη αξιοποίηση της παρέμβασης. Πρόσθετα ερευνητικά δεδομένα είναι απαραίτητα για την κατανόηση θεμάτων όπως η κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) ή δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress) και η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) των προσφύγων που εργάζονται ως μη επαγγελματίες πάροχοι βοήθειας. Επίσης, χρειάζεται να διερευνηθεί η συμμετρία/ασυμμετρία στη σχέση μεταξύ του πρόσφυγα που προσφέρει υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και του πρόσφυγα που λαμβάνει τις υπηρεσίες αυτές, καθώς και η επίδραση αυτής της σχέσης στη θεραπευτική παρέμβαση. Επιπλέον, πρέπει να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αξιολογούν παρεμβάσεις που βασίζονται στο μοντέλο της μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων και τα θεραπευτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε αυτές, όπως η παρέμβαση PM+.

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της «κοινωνία της διακινδύνευσης» (βλ. «risk society», Beck, 1992), είναι η αβεβαιότητα, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα ψυχικής ευαλωτότητας. Κλιματική αλλαγή και φυσικές καταστροφές, πανδημίες και υγειονομικές κρίσεις, ένοπλες συρράξεις και φτώχεια οδηγούν σε μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών. Τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται αυξημένες προσφυγικές και μεταναστευτικές ροές προς τις υψηλού εισοδήματος χώρες, γεγονός που ασκεί πίεση στα υγειονομικά συστήματά τους. Η πίεση αυτή εντάθηκε με την εμφάνιση της πανδημίας Covid-19, η οποία ανέδειξε τα τρωτά σημεία των πολιτικών υγείας και τις αδυναμίες των υγειονομικών συστημάτων. Προκειμένου να καλυφθεί το κενό που δημιουργείται από την αδυναμία των θεσμικών υπηρεσιών να ανταποκριθούν στην πληθώρα αναγκών και αιτημάτων, προτείνεται η μελέτη και αξιολόγηση εναλλακτικών μοντέλων παροχής βοήθειας, όπως το μοντέλο της μετατόπισης εργασιακών καθηκόντων. Επιπλέον, τέτοιου είδους εναλλακτικά μοντέλα, τα οποία βασίζονται στην ενεργή συμμετοχή των υποκειμένων και στην ισοτιμία της σχέσης μεταξύ παρόχου βοήθειας και ωφελούμενου, ενδέχεται να συμβάλλουν στην ενίσχυση και εδραίωση της Δημοκρατίας της Υγείας.



Πίνακας 1. Περιγραφή της υλοποίησης της παρέμβασης PM+

<p>Αξιολόγηση πριν από την έναρξη της παρέμβασης</p>	<p>PSYCHLOPS: 20</p> <p>Δεν έχει αυτοκτονικό ιδεασμό, δεν κάνει χρήση ουσιών και δεν πάσχει από κάποια σοβαρή νευρολογική ή ψυχιατρική διαταραχή, γεγονός που σημαίνει ότι πληρούνται οι βασικές προϋποθέσεις για την υλοποίηση της παρέμβασης PM+.</p>	<p>GAD-7: 17</p>	<p>PHQ-9: 21</p>
<p>Συνεδρία 1η: PSYCHLOPS: 16 Εισαγωγή στην παρέμβαση PM+ Κατανόηση των αντιξοοτήτων Τεχνική διαχείρισης στρες</p>	<p>Πραγματοποιήθηκε η παρουσίαση της παρέμβασης PM+ και η εκπαίδευση στην έννοια της αντιξοότητας. Η Fatime αναφέρθηκε κυρίως στις συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει, όπως στρες, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία να δρα στην καθημερινότητα). Έγινε εκπαίδευση στην τεχνική διαχείρισης του στρες (άσκηση αναπνοής). Συμφωνήθηκε με την Fatime να την επαναλαμβάνει. Συγκεκριμένα καθορίστηκε συστηματική καθημερινή εξάσκηση της τεχνικής τρεις φορές την ημέρα, με επιπλέον περιστασιακή εφαρμογή ανάλογα με τις ανάγκες.</p>		
<p>Συνεδρία 2η: PSYCHLOPS: 15 Ανασκόπηση τεχνικής διαχείρισης στρες Τεχνική διαχείρισης προβλημάτων</p>	<p>Έγινε η εισαγωγή στην τεχνική διαχείρισης προβλημάτων και στη συνέχεια καταρτίστηκε η λίστα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η ίδια η Fatime. Από αυτά, επέλεξε την ανησυχία της για το πρόβλημα της υγείας του γιου της ως το πιο σημαντικό. Τα βήματα που σχεδιάστηκαν να γίνουν στο πλαίσιο του σχεδίου δράσης που καταρτίστηκε ήταν τα ακόλουθα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ραντεβού με τον ιατρό που τον παρακολουθεί, με την παρουσία διερμηνέα, για να ενημερωθεί για την ιατρική του κατάσταση. • Πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα υγείας του γιού της και αναζήτηση υλικού με περαιτέρω ιατρικές πληροφορίες στη γλώσσα της. • Αναζήτηση, με την υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής φροντίστριας στην κοινότητα, εκπαιδευτικού πλαισίου όπου θα μπορούσε να ενταχθεί για την εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας. Το βήμα αυτό κρίθηκε σχετικό με το πρόβλημα, καθώς θα βελτιώσει την αυτοενδυνάμωση της ωφελούμενης. 		
<p>Συνεδρία 3η: PSYCHLOPS: 12 Ανασκόπηση της τεχνικής διαχείρισης προβλημάτων Σχέδιο δράσης Τεχνική «Ξεκινήστε, συνεχίστε»</p>	<p>Έγινε εκπαίδευση στον «κύκλο της αδράνειας», δηλαδή στον τρόπο με τον οποίο η αδράνεια συμβάλλει στη δημιουργία αρνητικών-καταθλιπτικών συναισθημάτων, τα οποία, με τη σειρά τους, συμβάλλουν στην αδράνεια, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο διαιώνισης της δυσφορίας. Συμφωνήθηκαν οι δράσεις της εβδομάδας για την αντιμετώπιση της αδράνειας και καταγράφηκαν σε εβδομαδιαίο ημερολόγιο:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ασκήσεις αναπνοής • Καθημερινό περπάτημα με τον γιο της για τουλάχιστον μία ώρα • Παρακολούθηση της υπόθεσης του ασύλου με τη ΜΚΟ που ανέλαβε τη νομική βοήθεια. • Παρακολούθηση της υπόθεσης της στέγασης και της εξέλιξης του αιτήματος που έγινε σε οργάνωση παροχής υποστήριξης σε μονογονεϊκές οικογένειες. • Παρακολούθηση των μαθημάτων ελληνικών στην παραπάνω ΜΚΟ • Επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειάς της στην Κρήτη (3 φορές εβδομαδιαία) • Καθημερινή τακτοποίηση του δωματίου σε συγκεκριμένη ώρα • Διάβασμα των άρθρων που έχουν επιλεγεί για το πρόβλημα υγείας του γιου της. 		
<p>Συνεδρία 4η: PSYCHLOPS: 11 Ανασκόπηση της τεχνικής διαχείρισης προβλημάτων Ανασκόπηση της εφαρμογής του σχεδίου δράσης Ανασκόπηση της τεχνικής «Ξεκινήστε-συνεχίστε» Τεχνική ενίσχυσης κοινωνικής υποστήριξης</p>	<p>Παρουσιάστηκε η τεχνική και τονίστηκε η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης και της επικοινωνίας σε πιο σταθερή βάση με την κοινότητα. Συμφωνήθηκε η υποβολή της αίτησής της σε πρόγραμμα ενδυνάμωσης γυναικών και η ένταξή της σε ομάδα επαγγελματικής προετοιμασίας.</p>		
<p>Συνεδρία 5η: PSYCHLOPS: 11 Γενική ανασκόπηση «Παραμένω καλά» «Φαντάζομαι ότι βοηθάω άλλους» «Κοιτάζοντας το μέλλον» Λήξη παρέμβασης</p>	<p>Έγινε επανάληψη όλων των τεχνικών στις οποίες εκπαιδεύτηκε κατά τη διάρκεια της παρέμβασης. Δόθηκε ανατροφοδότηση στη Fatime για αυτά που έχει καταφέρει. Ενισχύθηκε να συνεχίσει να εφαρμόζει στο μέλλον τις τεχνικές που έμαθε. Συμφωνήθηκε το ραντεβού για τη μετα-αξιολόγηση. Η Fatime ανέφερε ότι το πρόγραμμα τη βοήθησε σημαντικά και εξέφρασε την ευγνωμοσύνη της για την υποστήριξη.</p> <p>257</p>		
<p>Αξιολόγηση μετά την παρέμβαση (3 εβδομάδες μετά τη λήξη της παρέμβασης)</p>	<p>PSYCHLOPS: 6</p>	<p>GAD-7: 5</p>	<p>PHQ-9: 7</p>

Ευχαριστίες

Οι συγγραφείς εκφράζουν τις θερμές ευχαριστίες τους προς τους ψυχοκοινωνικούς φροντιστές στην κοινότητα, οι οποίοι όλα αυτά τα χρόνια εφαρμόζουν με αφοσίωση την παρέμβαση PM+, παρέχοντας πολύτιμη ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε εκατοντάδες πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα.

Χρηματοδότηση

Το πρόγραμμα «Προσωπικό Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης στην Κοινότητα» (Community Psychosocial Workforce), στο πλαίσιο του οποίου εφαρμόζεται η παρέμβαση PM+, υλοποιείται από το 2019 από την Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), σε συνεργασία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) και την οικονομική υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Abrahamsson, A., Andersson, J., & Springett, J. (2009). Building bridges or negotiating tensions? Experiences from a project aimed at enabling migrant access to health and social care in Sweden. *Diversity and Equality in Health and Care*, 6(2), 85-95.
- Ager, A., Akesson, B., Stark, L., Flouri, E., Okot, B., McCollister, F., & Boothby, N. (2011). The impact of the school-based Psychosocial Structured Activities (PSSA) program on conflict-affected children in northern Uganda. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(11), 1124-1133. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02407.x>
- Arveiller, J. P., & Tizon, P. (2016). Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire? *Pratiques en santé mentale*, 62(2), 2-2.
- Asfaw, B. B., Beiersmann, C., Keck, V., Nikendei, C., Benson-Martin, J., Schütt, I., & Lohmann, J. (2020). Experiences of psychotherapists working with refugees in Germany: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02996-0>
- Aten, J. D. & Hwang, J. (2021). *Refugee Mental Health*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000226-000>
- Barnett, M. L., Gonzalez, A., Miranda, J., Chavira, D. A., & Lau, A. S. (2018). Mobilizing community health workers to address mental health disparities for underserved populations: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(2), 195-211. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0815-0>
- Barnett, M. L., Lau, A. S., & Miranda, J. (2018). Lay health worker involvement in evidence-based treatment delivery: A conceptual model to address disparities in care. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 185-208. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084825>
- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage Publications. <https://doi.org/10.1177/072551369403700115>
- Beiser, M., Wiwa, O., & Adebajo, S. (2010). Human-initiated disaster, social disorganization and post-traumatic stress disorder above Nigeria's oil basins. *Social Science & Medicine*, 71(2), 221-227. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.039>
- Beiser, M., Zilber, N., Simich, L., Youngmann, R., Zohar, A. H., Taa, B., & Hou, F. (2011). Regional effects on the mental health of immigrant children: Results from the New Canadian Children and Youth Study (NCCYS). *Health & Place*, 17(3), 822-829. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.03.005>
- Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S. A., Thornicroft, G., Curtis, S., & McCrone, P. (2006). Mental disorders among Somali refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(5), 400-408. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0043-5>

- Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *17*(9), e1003337. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, *15*(1), 1-41. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Bowes, A., & Wilkinson, H. (2003). 'We didn't know it would get that bad': South Asian experiences of dementia and the service response. *Health & Social Care in the Community*, *11*(5), 387-396. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00440.x>
- Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Mulili, C., Ndogoni, L., Koyiet, P., Sijbrandij, M., Ulate, J., Shehadeh, M. H., Hadzi-Pavlovic, D., & Van Ommeren, M. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: A randomised clinical trial. *PLoS Medicine*, *14*(8), e1002371. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002371>
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(8), 1920-1927. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.016>
- Cho, S., Bernstein, K. S., Roh, S., & Chen, D. C. (2013). Logo-autobiography and its effectiveness on depressed Korean immigrant women. *Journal of Transcultural Nursing*, *24*(1), 33-42. <https://doi.org/10.1177/1043659612452005>
- Chung, R. C. Y., Bemak, F., Ortiz, D. P., & Sandoval-Perez, P. A. (2008). Promoting the mental health of immigrants: A multicultural/social justice perspective. *Journal of Counseling & Development*, *86*(3), 310-317. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00514.x>
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, *12*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>
- Cohen, F., & Yaeger, L. (2021). Task-shifting for refugee mental health and psychosocial support: A scoping review of services in humanitarian settings through the lens of RE-AIM. *Implementation Research and Practice*, *2*, 2633489521998790. <https://doi.org/10.1177/2633489521998790>
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., Fairburn, C., Glass, R. I., Hall, W., Huang, Y., Hyman, S. E., Jamison, K., Kaaya, S., Kapur, S., Kleinman, A., Ogunniyi, A., ... & Walport, M. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, *475*, 27-30. <https://doi.org/10.1038/475027a>
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 443-450. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj043>
- Dawson, K. S., Bryant, R. A., Harper, M., Tay, A. K., Rahman, A., Schafer, A., & Van Ommeren, M. (2015). Problem Management Plus (PM+): A WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry*, *14*(3), 354. <https://doi.org/10.1002/wps.20255>
- de Graaff, A. M., Cuijpers, P., McDaid, D., Park, A., Woodward, A., Bryant, R. A., Fuhr, D. C., Kieft, B., Minkenberg E., & Sijbrandij, M. (2020). Peer-provided Problem Management Plus (PM+) for adult Syrian refugees: A pilot randomised controlled trial on effectiveness and cost-effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *29*, E162. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000724>
- de Graaff, A. M., Cuijpers, P., Twisk, J. W., Kieft, B., Hunaidy, S., Elsayy, M., Gorgis, N., Bouman, T. K., Lommen, M. J. J., Acarturk, C., Bryant, R., Burchert, S., Dawson, K. S., Fuhr, D. C., Hansen, P., Jordans, M., Knaevelsrud, C., McDaid, D., Morina N., & Sijbrandij, M. (2023). Peer-provided psychological intervention for Syrian refugees: results of a randomised controlled trial on the effectiveness of Problem Management Plus. *BMJ Ment Health*, *26*(1). <https://doi.org/10.1017/10.1136/bmjment-2022-300637>

- Din-Dzietham, R., Nembhard, W. N., Collins, R., & Davis, S. K. (2004). Perceived stress following race-based discrimination at work is associated with hypertension in African-Americans. The metro Atlanta heart disease study, 1999-2001. *Social Science & Medicine*, 58(3), 449-461. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00211-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00211-9)
- Ellis, B. H., Abdi, S. M., & Winer, J. P. (2020). *Mental health practice with immigrant and refugee youth: A socioecological framework*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000163-000>
- Fabry, D. D. S., Sheikh, A., & Selman, M. (2007). Logotherapy can enrich cognitive behavioral therapy practice. *International Forum for Logotherapy*, 30(2), 100-106.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)61027-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6)
- Fuhr, D., Bogdanov, S., Tol, W., Nadkarni, A., & Roberts, B. (2021). Problem Management Plus and Alcohol (PM+ A): A new intervention to address alcohol misuse and psychological distress among conflict-affected populations. *Intervention*, 19(1), 141-143. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_27_20
- Galvin, M., & Byansi, W. (2020). A systematic review of task shifting for mental health in sub-Saharan Africa. *International Journal of Mental Health*, 49(4), 336-360. <https://doi.org/10.1080/00207411.2020.1798720>
- Glassman, U., & Skolnik, L. (1984). The role of social group work in refugee resettlement. *Social Work with Groups*, 7(1), 45-62. https://doi.org/10.1300/J009v07n01_05
- Hamdani, S. U., Rahman, A., Wang, D., Chen, T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Farooq, S. (2020). Cost-effectiveness of WHO Problem Management Plus for adults with mood and anxiety disorders in a post-conflict area of Pakistan: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 623-629. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.138>
- Jaranson, J. M., Butcher, J., Halcon, L., Johnson, D. R., Robertson, C., Savik, K., Spring, M., & Westermeyer, J. (2004). Somali and Oromo refugees: Correlates of torture and trauma history. *American Journal of Public Health*, 94(4), 591-598. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.591>
- Jordans, M. J., Kohrt, B. A., Sangraula, M., Turner, E. L., Wang, X., Shrestha, P., Ghimire, R., Van't Hof, E., Bryant, R. A., Dawson, K. S., Marahatta, K., Luitel, N. P., & Van Ommeren, M. (2021). Effectiveness of Group Problem Management Plus, a brief psychological intervention for adults affected by humanitarian disasters in Nepal: A cluster randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, 18(6), e1003621. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003621>
- Kaslow, F. W. (2014). Intervening with immigrant families: An integrative systems perspective. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(2), 177-191. <https://doi.org/10.1080/08975353.2014.910031>
- 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>
- Langlois, E. V., Haines, A., Tomson, G., & Ghaffar, A. (2016). Refugees: Towards better access to health-care services. *The Lancet*, 387(10016), 319-321. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00101-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00101-X)
- Lawrence, J., & Kearns, R. (2005). Exploring the 'fit' between people and providers: Refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 13(5), 451-461. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2005.00572.x>
- Lindert, J., Von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246-257. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>

- McMichael, C., & Manderson, L. (2004). Somali women and well-being: Social networks and social capital among immigrant women in Australia. *Human Organization*, 63(1), 88-99. <https://doi.org/10.17730/humo.63.1.nwlpj4d4l9756l>
- Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129-138. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000172>
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsary, M. M., Haydary, A., Weiss, W. M., & Bolton, P. (2014). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111-123. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.06.005>
- Mutamba, B. B., Van Ginneken, N., Paintain, L. S., Wandiembe, S., & Schellenberg, D. (2013). Roles and effectiveness of lay community health workers in the prevention of mental, neurological and substance use disorders in low and middle income countries: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-412>
- Nassif, C., Schulenberg, S. E., Hutzell, R. R., & Rogina, J. M. (2010). Clinical supervision and logotherapy: Discovering meaning in the supervisory relationship. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(1), 21-29. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9111-y>
- Nemiro, A., Van't Hof, E., & Constant, S. (2021). After the randomised controlled trial: Implementing Problem Management Plus through humanitarian agencies: Three case studies from Ethiopia, Syria and Honduras. *Intervention*, 19(1), 84. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_34_20
- Owens, A., & Randhawa, G. (2004). 'It's different from my culture; they're very different': Providing community-based, 'culturally competent' palliative care for South Asian people in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 414-421. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2004.00511.x>
- Patel, K., Buffin, J., Underwood, S., Khurana, J., Mcquade, C., Brako, M., & Fountain, J. (2004). *Young refugees and asylum seekers in Greater London: Vulnerability to problematic drug use*. Centre for Ethnicity and Health, University of Central Lancashire.
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., & Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 523-528. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.012>
- Peconga, E. K., & Høgh Thøgersen, M. (2020). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(7), 677-687. <https://doi.org/10.1177/1403494819882137>
- Priebe, S., Giacco, D. & El-Naib, 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*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326308/9789289051651-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rahgozar, S., & Giménez-Llort, L. (2020). Foundations and applications of logotherapy to improve mental health of immigrant populations in the third millennium. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 451. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00451>
- Rahman, A., Khan, M. N., Hamdani, S. U., Chiumento, A., Akhtar, P., Nazir, H., Nisar, A., Masood, A., Ud Din, I., Ali Khan, Bryant, R. A., Dawson, K. S., Sijbrandij, M., Wang, D., & Van Ommeren, M. (2019). Effectiveness of a brief group psychological intervention for women in a post-conflict setting in Pakistan: A single-blind, cluster, randomised controlled trial. *The Lancet*, 393(10182), 1733-1744. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32343-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32343-2)
- Rahman, A., Riaz, N., Dawson, K. S., Hamdani, S. U., Chiumento, A., Sijbrandij, M., Minhas, F., Bryant, R. A., Saeed, K., Van Ommeren, M., & Farooq, S. (2016). Problem Management Plus (PM+): Pilot trial of a WHO

- transdiagnostic psychological intervention in conflict-affected Pakistan. *World Psychiatry*, 15(2), 182. <https://doi.org/10.1002/wps.20312>
- Rawlinson, R., Aslam, R. H. W., Burnside, G., Chiumento, A., Eriksson-Lee, M., Humphreys, A., ... & Dowrick, C. (2020). Lay-therapist-delivered, low-intensity, psychosocial intervention for refugees and asylum seekers (PROSPER): protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04310-5>
- Risal A. (2011). Common mental disorders. *Kathmandu University Medical Journal*, 9(35), 213-217. <https://doi.org/10.3126/kumj.v9i3.6308>
- Sangraula, M., Turner, E. L., Luitel, N. P., Van't Hof, E., Shrestha, P., Ghimire, R., Bryant, R., Marahatta, K., Van Ommeren, M., Kohrt, B. A., & Jordans, M. J. D. (2020). Feasibility of Group Problem Management Plus (PM+) to improve mental health and functioning of adults in earthquake-affected communities in Nepal. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e130. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000414>
- Sever, C. A., Cuijpers, P., Mittendorfer-Rutz, E., Bryant, R. A., Dawson, K. S., Holmes, E. A., Mooren, T., Norredam, M. L., & Sijbrandij, M. (2021). Feasibility and acceptability of Problem Management Plus with Emotional Processing (PM+EP) for refugee youth living in the Netherlands: Study protocol. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1947003. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1947003>
- Shafraan, R., Myles-Hooton, P., Bennett, S., & Öst, L. (2021). The concept and definition of low intensity cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 138, 103803. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103803>
- Shaw, S. A. (2014). Bridge builders: A qualitative study exploring the experiences of former refugees working as caseworkers in the United States. *Journal of Social Service Research*, 40(3), 284-296. <https://doi.org/10.1080/01488376.2014.901276>
- Singla, D. R., Kohrt, B. A., Murray, L. K., Anand, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2017). Psychological treatments for the world: Lessons from low-and middle-income countries. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 149-181. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217>
- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M. G., Heriseanu, A., & Hasan, T. (2015). A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17(4), 1231-1239. <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0046-3>
- Smith, R. S. (2008). The case of a city where 1 in 6 residents is a refugee: Ecological factors and host community adaptation in successful resettlement. *American Journal of Community Psychology*, 42, 328-242. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9208-6>
- Spaaij, J., Kiselev, N., Berger, C., Bryant, R. A., Cuijpers, P., de Graaff, A. M., Fuhr, D. C., Hemmo, M., McDaid, D., Moergeli, H., Park, A., Pfaltz, M. C., Schick, M., Schnyder, U., Wenger, A., Sijbrandij, M., & Morina, N. (2022). Feasibility and acceptability of Problem Management Plus (PM+) among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland: A mixed-method pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2002027. <https://doi.org/10.1001/10.1080/20008198.2021.2002027>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Lö, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of International Medicine*, 166(10), 1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study. *The Lancet*, 360(9339), 1056-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11142-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11142-1)
- Stewart, M., Anderson, J., Beiser, M., Mwakarimba, E., Neufeld, A., Simich, L., & Spitzer, D. (2008). Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees. *International Migration*, 46(3), 123-159. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2008.00464.x>

- Stewart, M., Simich, L., Shizha, E., Makumbe, K., & Makwarimba, E. (2012). Supporting African refugees in Canada: Insights from a support intervention. *Health & Social Care in the Community*, 20(5), 516-527. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01069.x>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2020). The United Nations Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2022). The United Nations Refugee Agency. <https://reporting.unhcr.org/greece>
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.)(2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization. <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>
- Warner, F. R. (2007). Social support and distress among Q'eqchi refugee women in Maya Tecún, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 21(2), 193-217. <https://doi.org/10.1525/maq.2007.21.2.193>
- World Health Organization. (2016). *Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, WHO generic field-trial version 1.0*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206417>
- World Health Organization (2019). *Participation as a driver of health equity*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324909/9789289054126-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2020). *Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity, Generic field-trial version 1.0*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334055>
- Young, M. Y. (2001). Moderators of stress in Salvadoran refugees: The role of social and personal resources. *International Migration Review*, 35(3), 840-869. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7379.2001.tb00043.x>
- Zhang, H., Zhang, D., Lin, H., & Huang, L. (2020). Problem Management Plus in the treatment of mental disorders in patients with multiple myeloma. *Supportive Care in Cancer*, 28(10), 4721-4727. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05289-9>
- Zotova, N. (2018). Religion and mental health among Central Asian Muslim immigrants in Chicago Metropolitan Area. *Migration Letters*, 15(3), 361-376. <https://doi.org/10.33182/ml.v15i3.358>

Problem Management Plus (PM+) intervention in the context of refugee psychosocial support: Research data and applications

Chrysovalantis PAPATHANASIOU^{1,2}, Stella PANTELIDOU², Pepi BELEKOU², Angeliki MENEDIATOU², Anastasia MANTZARI², Stelios STYLIANIDIS^{1,2}

¹ Department of Psychology, Panteion University of Political and Social Sciences

² Association for Regional Development and Mental Health (EPAPSY)

KEYWORDS	ABSTRACT
PM+ intervention Psychosocial support Refugees Task-shifting	<p>The Problem Management Plus (PM+) intervention was developed by the World Health Organization to bridge the gap between mental health needs and access to quality services, as part of the WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). It is an intervention for the psychosocial support of adults who suffer from common mental health problems and face adversities in their daily lives. There is strong evidence for the intervention's effectiveness in reducing psychological symptoms in adults exposed to adversities. Within the context of the "Community Psychosocial Workforce" program, implemented by EPAPSY (Association for Regional Development and Mental Health) in collaboration with UNHCR, the UN Refugee Agency, members of refugee communities are trained and supervised by mental health professionals to provide psychosocial support through the PM+ intervention to refugees facing emotional difficulties. The basic strategies of the intervention are based on problem-solving techniques and behavioral therapy and include anxiety management, behavioral activation, and the enhancement of social support. Additionally, symptoms of depression, anxiety, suicidality, and self-reported mental health problems are assessed using questionnaires before and after the intervention. The current article provides a detailed presentation of the intervention based on recent empirical and clinical data, as well as a presentation of its application by specially trained refugees.</p>
CORRESPONDENCE Chrysovalantis Papathanasiou Department of Psychology, Panteion University of Social and Political Sciences 136, Andrea Syngrou Ave., 17671 Athens chpapat@panteion.gr	

© 2024, Chrysovalantis Papathanasiou, Stella Pantelidou, Pepi Belekou, Angeliki Menediatou, Anastasia Mantzari, Stelios Stylianidis
Licence CC-BY-SA 4.0
https://doi.org/10.12681/psy_hps.31517

Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society
<https://ejournals.e-publishing.ekt.gr/index.php/psychology>