

# تطوير البرامج لمعالجة السلوكيات المرتبطة بالانتحار ما بين اللاجئين القاصرين دون مرافق داخل المخيمات: تقرير ميداني من إثيوبيا

ميدهاني عالم<sup>1</sup>، ساندر اغيناغا<sup>2</sup>، ايساياس كيفلوم<sup>3</sup>، ليام عيلول<sup>4</sup>

- 1 حاصل على شهادة الماجستير، معالج نفسي-مدرب، مركز ضحايا التعذيب في ماي تسيري، إثيوبيا
- 2 حاصلة على شهادة الماجستير، مديرة البرامج السريرية، مركز ضحايا التعذيب، أديس أبابا، إثيوبيا
- 3 حاصل على شهادة الماجستير، مسؤول الرصد والتقييم، مركز ضحايا التعذيب، شيري، إثيوبيا
- 4 حاصل على شهادة الماجستير، مستشار اكلينيكي، مركز ضحايا التعذيب، سانت بول، مينيسوتا، الولايات المتحدة الأمريكية

## نبذة عامة

استجابةً للزيادة الملحوظة في التفكير والسلوك الانتحاري بين القاصرين وخاصة الأطفال دون مرافق في مخيمات اللاجئين الإريتريين في إثيوبيا، قمنا بتطوير برنامج استجابة متعدد المستويات. تضمن هذا البرنامج حملات التوعية العامة والحد من وصمة العار، وتربية الصحة النفسية الذي يستهدف الأطفال دون مرافق والمنفصلين عن ذويهم، وبناء القدرات للشركاء في المجال الإنساني والمجتمعي، وتقديم المشورة الجماعية والفردية بشأن الأطفال دون مرافق والاستجابة للآزمات والتدخل اللاحق. نقدم فيما يلي الدروس المستفادة من تطوير وتنفيذ هذا البرنامج، مع تسليط الضوء على أهمية التعامل مع مشاعر مثل الحزن، والشعور بالذنب، والتعلق، والهوية. نتمنى أن تكون هذه المعلومات مفيدة لمن يعملون مع الأطفال النازحين دون مرافق في سياقات أخرى. وإدراكًا منا لعوامل الخطر المتزايدة التي يعاني منها الشباب ممن لديهم تاريخ من الصدمة ويعيشون حاليًا في المخيمات، نوصي بالتطوير المنسق لخطة الوقاية من الانتحار والاستجابة له كعنصر أساسي في أي استجابة إنسانية.

**الكلمات المفتاحية:** سياق المخيم، إريتريا، إثيوبيا، حالات الطوارئ الإنسانية، اللاجئين، الانتحار، الأطفال دون مرافق والمنفصلين عن ذويهم، القاصرين دون مرافق

منذ عام 2016 على السعي للاستجابة لمعدلات السلوك الانتحاري المتزايدة بين القاصرين، وخاصة الأطفال دون مرافق والمنفصلين عن ذويهم (UASC) في مخيمي ماي آيني وآدي هاروش للاجئين في شمال إثيوبيا، حيث نقدم خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للاجئين الإريتريين. في هذا التقرير الميداني، نشارك ما تعلمناه في تطوير وتنفيذ برنامجنا للحد من الانتحار والاستجابة له في العمل مع الأطفال دون مرافق ممن يعيشون في المخيم.

## مقدمة

في عام 2018، دقت منظمة أطباء بلا حدود (MSF) ناقوس الخطر بشأن زيادة معدلات انتحار الأطفال في مخيم موريا للاجئين في اليونان (MSF، 2018). أظهر ما يقارب 25 ٪ من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 10 سنوات سلوكيات تنذر بإيذاء النفس والتفكير الانتحاري ومحاولات الانتحار. أشارت منظمة أطباء بلا حدود إلى أن الدوافع الأساسية لهذه السلوكيات تتمثل بشكل رئيسي في تعرض الأطفال السابق للعنف والصدمة، فضلًا عن الضغط المستمر والظروف غير الصحية وانعدام الأمان في المخيمات (منظمة أطباء بلا حدود، 2018؛ ناي، 2018). ولم يكن هذا الإعلان مفاجئًا للأسف بالنظر إلى دراسات سابقة وصلت إلى استخلاصات حول ارتفاع معدلات الأفكار والسلوك الانتحاري بين اللاجئين الشباب المحتجزين (Dudley et al.، 2012؛ Evans et al.، 2018؛ Fekete، 2007). إلا أن هذا التقرير أثار الجدل حول الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) خاصة فيما يتعلق بافتراض انخفاض مخاطر السلوك الانتحاري بين الأطفال، مقارنة بالمراهقين أو البالغين (Shaffer & Fisher، 1981). ضربت هذه التقارير على وتر حساس لموظفي مركز ضحايا التعذيب (CVT): إذ دأب فريقنا

لإعادة الطباعة يرجى التواصل مع:  
WKHLRPMedknow\_reprints@wolterskluwer.com

**العنوان للمراسلة:** ميدهاني عالم، ماجستير، تدريب العلاج النفسي، مركز ضحايا التعذيب، إثيوبيا. ليام عيلول، ماجستير، مستشار طبي، 2356 يونيفيرسيتي أفينيو ويست، سويت 430، سانت بول، 55114، الولايات المتحدة الأمريكية. البريد الإلكتروني: malem@cvt.org; leloul@cvt.org.

تم تقديم هذا البحث بتاريخ: 1 كانون أول 2020. تم تنقيحه بتاريخ: 7 حزيران 2021  
تم قبوله بتاريخ: 6 تموز 2021 نشر بتاريخ: 9 أيلول 2021

هذه مجلة متاحة للجميع وتوزع المقالات بموجب شروط المشاع الإبداعي وترخيص المشاركة غير التجارية 4.0 والذي يسمح للأخريين بتنقيح العمل وتعديله والبناء عليه على نحو غير تجاري، بشرط نسب العمل لأصحابه وترخيص الأعمال الجديدة وفقًا لشروط مطابقة.

لإعادة الطباعة يرجى التواصل مع: WKHLRPMedknow\_reprints@wolterskluwer.com

**كيفية اقتباس هذا المقال:** ميدهاني عالم، ساندر اغيناغا، ايساياس كيفلوم، ليام عيلول. تطوير البرامج لمعالجة السلوكيات المرتبطة بالانتحار ما بين اللاجئين القاصرين دون مرافق داخل المخيمات: تقرير ميداني من إثيوبيا. مجلة انترنشنل، 19 (2)، 233-241.

للوصول إلى هذه المقالة عبر الإنترنت

الموقع الإلكتروني:  
www.interventionjournal.org

معرف الكائن الرقمي:  
10.4103/INTV.INTV\_52\_20

رمز الاستجابة السريعة:



تتفاقم هذه الأعراض لأن الهروب من الخدمة العسكرية يمكن أن يعرض عائلة الأطفال دون مرافق للخطر. أغلب الأطفال والقاصرين يتوانون عن إخبار أهلهم بنيتهم للهجرة لأنهم "كلما عرفوا أقل كلما قل الأذى الذي سيلحق بهم" (بيلوني، 2020). كثيرًا ما يُسجن أفراد الأسرة بعد اختفاء ذكر في سن الخدمة العسكرية (بيلوني، 2020). يبرر الأطفال ذلك لأنفسهم باعتبار أنهم سيصبحون قادرين على الحصول على عمل وإعالة أسرهم، بما في ذلك إرسال أموال الرشوة للإفراج عن أفراد الأسرة القابعين في السجن. أما حين يدركون بأنهم أصبحوا محبوسين في المخيمات وغير قادرين على العمل فإنهم يبدأون بالشعور بالذنب والعار لتخليهم عن أسرهم وتعرضهم للخطر. وحتى تم التوقيع على اتفاق السلام بين إثيوبيا وإريتريا في سبتمبر 2018 كان معظم اللاجئين غير قادرين على الاتصال بعائلاتهم في إريتريا دون تعرضهم للخطر. وكانت الأخبار الوحيدة التي تصلهم هي أخبار متناقلة شفهيًا من لاجئين آخرين قادمين من بلدتهم. وعادة ما كانوا غير قادرين على إرسال رسائل إلى المنزل لطمأننة أفراد الأسرة على سلامتهم، مما سبب مصدرًا آخر للحن والشعور بالذنب بالنسبة للأطفال دون مرافق. هذا الاضطراب العائلي، ولا سيما الانفصال المفاجئ والدائم عن الارتباطات الإنسانية الحيوية لنمو الطفل (Greenberg et al., 1983; Sroufe, 2005) له تأثير شديد على الأطفال دون مرافق (مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين، 1994). وفي حين أن بعض الأطفال دون مرافق ممن عملنا معهم كانوا يعرفون بعض التفاصيل عن عملية الهجرة غير القانونية، إلا أن معظمهم اتخذ قرار عبور الحدود بشكل عفوي دون حصولهم على الحد الأدنى من المعلومات، والتي وإن وجدت فإنها غالبًا ما تكون غير دقيقة. وبالتالي، تعرضوا لصدمة جراء الظروف التي شهدوها أثناء الهجرة وبعدها.

عند الوصول إلى إثيوبيا، يتم إيواء الأطفال دون مرافق في مركز استقبال لحين العثور على سكن لائق في أحد المخيمات. عندما بدأ مركز ضحايا التعذيب العمل مع القاصرين في عام 2016، أفاد الموظفون في مركز الاستقبال أن الأطفال يعانون من أعراض حادة مرتبطة بالصحة النفسية، بما في ذلك الذعر الليلي والكوابيس والبيكاء المتكرر والقلق والتبول اللاإرادي ونوبات الغضب والعزلة الذاتية وإيذاء النفس. في كثير من الأحيان، كان مركز الاستقبال مكتظًا وكانت الموارد والخدمات الداعمة المتاحة محدودة. ومع أن الموظفين كانوا يتلقون تدريبًا نفسيًا اجتماعيًا أساسيًا، إلا أن الأمهات اللواتي يبتن في المنزل لم تحصلن على أي تدريب نفسي اجتماعي. وفي حين يتم نقل البالغين عادة إلى المخيمات في غضون 3 أيام، يمكن أن يقضي الأطفال دون مرافق والمراهقين ما يصل إلى ثلاثة أشهر في مركز الاستقبال بسبب نقص المساحة المتاحة في المنازل الجماعية<sup>1</sup> والتحديات في وضعهم مع أقارب<sup>2</sup> أو أسر بديلة<sup>3</sup>. بمجرد العثور على مساحة، تتم إحالة الأطفال دون مرافق إلى منزل جماعي أو أسرة بديلة تحت إشراف عامل اجتماعي مجتمعي. في ذلك الوقت، لم تمتلك الأسر البديلة أو الأخصائيون الاجتماعيون أي تدريب نفسي أو اجتماعي أو خبرة أو وعي بكيفية العمل مع الأطفال المستضعفين. غالبًا ما كان لدى الأخصائيين الاجتماعيين عدد كبير من القضايا، وبما أنهم هم أيضًا من نفس المجتمع فقد عانوا من ضغوط شخصية كبيرة، مما أدى إلى الاستخدام المتكرر للعقاب الجسدي.

اعتبارًا من أكتوبر 2020، كان هناك ما يقدر بـ 139281 لاجئًا إريتريًا في إثيوبيا، يتجمع معظمهم في أربع مخيمات للاجئين في مقاطعة تيغري الشمالية (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2020). يشكل القاصرون ما يقارب 44% من هؤلاء اللاجئين، من بينهم 27% غير مصحوبين بذويهم (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2020). أي حوالي 16546 قاصر، ومن الأرجح أن يكون عددهم أعلى من ذلك بكثير نظرا لعدد الأطفال الذين يصلون بصحبة ذويهم لكن يتم التخلي عنهم لاحقًا أو فصلهم عن القائمين على رعايتهم، بسبب الهجرة الثانوية أو المرض أو الوفاة.

إن السبب الرئيسي لهجرة القاصرين، بناء على إفاداتهم، هي الخدمة العسكرية الإجبارية في إريتريا والتي لا يمكن وصفها سوى بالاستعباد الإلزامي للقاصرين من قبل الحكومة (منظمة العفو الدولية، 2015؛ بيلوني، 2020؛ مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2020؛ فان رايزن، 2016). تبدأ الخدمة العسكرية رسميًا في سن 18 عامًا، ولكن غالبًا ما يجند الجيش الأطفال الصغار بالقوة باستخدام ممارسة "الجفة"، أو الحشد والتجنيد الجماعي للأطفال (لجنة التحقيق بشأن حقوق الإنسان في إريتريا، 2016). يتم إجبار كل من الفتيان والفتيات على الخدمة العسكرية، ونسمع كثيرًا عن الاعتداءات على المجندين بما فيها الاعتداءات الجنسية (فان رايزن، 2016). وقد استنتج مقرر الأمم المتحدة الخاص المعني بحقوق الإنسان في إريتريا أن الخدمة العسكرية الإلزامية تنطوي على انتهاكات شاملة ومنتظمة لحقوق الإنسان وصنف هذه الممارسات كجريمة ضد الإنسانية (مكتب المفوض السامي لحقوق الإنسان، 2016). هذا بحد ذاته يفاقم من انتشار انتهاكات حقوق الإنسان التي يعاني منها المدنيون، بما في ذلك الاعتقال والاحتجاز التعسفي والقيود المفروضة على حرية التعبير والحركة والدين (منظمة العفو الدولية، 2015؛ هيومن رايتس ووتش، 2020).

تجذب العوامل المذكورة أعلاه، بالإضافة إلى نقص الموارد والرغبة في لم الشمل مع أفراد الأسرة الذين فروا بالفعل، الأطفال بعمر قد لا يتجاوز 7 سنوات لعبور الحدود إلى شمال إثيوبيا (Hirt & Mohammad, 2013; van Reisen, 2016). وبينما بدأ هذا المنحى في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، ارتفعت الأرقام بشكل ملحوظ بعد انتشار الجفاف في الإقليم عام 2007، وبلغت ذروتها في عام 2015 (African Monitors, 2016). وحتى أواخر عام 2018 حين تم فتح الحدود بين إثيوبيا وإريتريا كان هناك منطقة على الحدود يسمح فيها بـ "إطلاق النار بهدف القتل" يحرسها الجيش الإريتري (فان رايزن، 2016). وقد شهد العديد من القاصرين دون مرافق المتواجدين في مركز حماية ضحايا التعذيب CVT إصابة أو وفاة أو اعتقال أشخاص آخرين في مجموعتهم أثناء عبورهم الحدود، وكثيرًا ما عبروا عن شعورهم بالخوف الشديد من الأسر أو الموت أثناء رحلتهم، فضلًا عن التعرض للمشقة والإصابة. ويدرك أغلب القاصرين دون مرافق بأن الاعتقال يعني الاحتجاز والتعذيب المحتمل، حيث يعتبر الفرار من البلاد ومن الخدمة العسكرية خيانة (فان رايزن، 2016). لقد أصبح المراهقون والأطفال أكثر عرضة لمشاكل الصحة النفسية مثل القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة جراء تعرضهم لتجارب صادمة قبل وأثناء الهجرة (جورج، 2012؛ ستيل وآخرون، 2004). علاوة على ذلك، ارتبطت الضغوط الناتجة عن التواجد دون مرافق بمستويات أعلى من الأعراض (Bean et al., 2007).

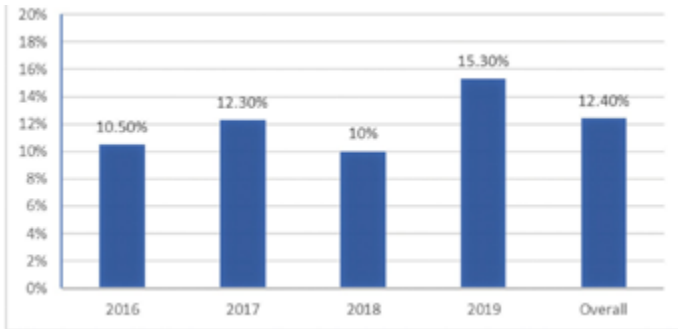
- 1 الرعاية الجماعية تحت إشراف: يتم وضع مجموعات من 10-6 أطفال في منزل مخصص لمجموعة صغيرة تتم إدارته وكأنه منزل عائلي، بإشراف مقدم رعاية دائم، غالبًا ما يكون عامل اجتماعي شبه مهني من نفس المجتمع.
- 2 وضع الأطفال مع أقارب تشير إلى الرعاية الأهلية في إطار العائلة الممتدة للطفل أو مع أصدقاء العائلة المعروفون للطفل، والذي عادة ما يكون ترتيبًا مؤقتًا على المدى القصير، المتوسط، أو الطويل.
- 3 الأسر البديلة تشير إلى الأوضاع التي يتم فيها العناية بالأطفال في أسرة مختلفة عن أسرهم البيولوجية، وغالبًا ما يكون هذا ترتيبًا مؤقتًا على المدى القصير، المتوسط، أو الطويل.

وقد استمر هذا المنحى على نفس المنوال. وفي الفترة ما بين عام 2017 إلى عام 2019، أفاد 128 طفلاً أو مراهقاً عن أفكار انتحارية خلال فترة الأسبوعين السابقة لوصولهم إلى مركز ضحايا التعذيب. شكل هذا العدد حوالي 12% من الصغار الذين وصلوا إلى المركز خلال هذه الفترة. كان حوالي ثلاثة أرباعهم (72%) منفصلين عن عائلاتهم في وقت التقييم. من بين هؤلاء، أفاد 40% أنهم وضعوا خطاً في الشهر الماضي لإنهاء حياتهم، وأفاد 33% أنهم حاولوا سابقاً إنهاء حياتهم. بعض هؤلاء الأطفال لم تتجاوز أعمارهم 8 سنوات، بمتوسط عمر 14.4. وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الأطفال دون مرافق لا يبلغون عن أفكار انتحارية عند حدوثها، وبدلاً من ذلك ينتظرون حتى يتم بناء الثقة قبل أن يبلغوا المستشار النفسي بهذه الأفكار. على الرغم من ذلك، فإن معدلات التفكير في الانتحار المبلغ عنها عند وصول الأطفال غير المصحوبين إلى مركز ضحايا التعذيب تتجاوز باستمرار 10% (انظر الشكل 1). وبعد توعية مكثفة في عام 2017، تمت إحالة معظم الأطفال دون مرافق إلى مركز ضحايا التعذيب من قبل أفراد المجتمع أو المنظمات الشريكة لأنهم إما يعزلون أنفسهم أو يصبحوا عدوانيين تجاه مقدمي الرعاية أو الأطفال الآخرين.

يعتبر الانتحار في كل من الثقافات الإريترية والإثيوبية وصمة عار شديدة ويعتبره الكثير من اللاجئين عملاً مناهضاً لإرادة الله. وسواء أكانوا أقباطاً مسيحيين، أو كاثوليكاً أو بروتستانتاً أو مسلمين (الديانات الأساسية للسكان)، فغالباً ما يفترى القادة الروحيون بأن الشخص الذي مات منتحراً سيذهب إلى الجحيم. ويعتبرون حتى الإبلاغ عن اليأس أو الرغبة في الموت على أنه تشكيك في إرادة الله. يقف هذا عائقاً أمام مناقشة الأفراد لنواياهم بشكل علني وتلقي الدعم المهني أو الاجتماعي. غالباً ما يتم إلقاء اللوم على الأشخاص الذين نجوا من محاولة الانتحار ونبذهم. هذا يثير مشاعر الخزي ويؤدي إلى تفاقم الصراع الداخلي لديهم، مما يعيق التعافي.

في عام 2015، وقبل بدء برنامج مركز ضحايا التعذيب، كان رد الفعل الشائع لمحاولة الانتحار هو استدعاء الشرطة المجتمعية والتي تتكون من أعضاء من المجتمع عينتهم اللجنة المركزية للاجئين في المخيم، دون أي تدريب على الاستجابة للآزمات، ويتمثل تدخلهم في العادة بتوبيخ الطفل أو حتى ضربه. وإذا تسببت المحاولة في ضرر جسيم، فسيتم إرسال الطفل دون مرافق لتلقي العلاج الطبي. فيما عدا ذلك لا يتم متابعة الحالة بشكل متسق.

### الشكل 1: نسبة التفكير بالانتحار بين القاصرين عند تقييمهم لدى استقبالهم



على غرار ما تم العثور عليه في مخيم موريا للاجئين، يمكن أن تؤدي الظروف في مخيم اللاجئين إلى تفاقم الأعراض: تؤدي الظروف المعيشية السيئة، والتغذية غير الكافية، والتهديدات على السلامة والتأثيرات الكبيرة في عملية إعادة التوطين إلى الشعور باليأس (جورج، 2012). علاوة على ذلك، يمكن أن يكون للاجئين من الأطفال دون مرافق أكثر عرضة للإيذاء العاطفي والجسدي والجنسي بسبب وضعهم المستضعف (بين وآخرون، 2007). ويبدو أن الإقامة الطويلة في المخيم تزيد من احتمالية السلوك الانتحاري (Van de Wiel et al., 2021). وجدت دراسة عن اللاجئين الإريترين من الأطفال دون مرافق والذين تمت إحالتهم لإعادة التوطين في الولايات المتحدة أن نسبة كبيرة منهم لديها "احتياجات نفسية كبيرة"، أكثر من المجموعات الأخرى من الأطفال دون مرافق والذين تمت إعادة توطينهم، بما في ذلك "إحساس كبير بالضيق النفسي جراء الصدمة" (سوتشال وآخرون، 2016). هذه الاتجاهات، كما هو الحال مع سلوكيات إيذاء الذات اللاصقة، مثل تلك التي تم التليغ عنها بين طالبي اللجوء القاصرين دون مرافق في أوروبا (Gentleman, 2018; Sourander, 1998) وكذلك الأطفال اللاجئين المقيمين في مخيم موريا (Nye, 2018).

## الانتحار وإيذاء النفس بين اللاجئين من الأطفال دون مرافق في إثيوبيا

مركز ضحايا التعذيب CVT هو منظمة دولية غير حكومية تقدم بشكل رئيسي خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في مخيمات ماي آيني وأدي هاروش للاجئين في تيغراي، إثيوبيا منذ عام 2012. يقدم مركز ضحايا التعذيب بالتعاون مع طاقم من المستشارين الإثيوبيين المحترفين والمستشارين النفسيين الاجتماعيين الإريترين المشورة الفردية والجماعية التي تركز على الصدمات بالإضافة إلى أنشطة تربية الصحة النفسية والحد من وصمة العار في المجتمع، والتدريب على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للمنظمات المجتمعية والشريكة. يتم توفير إشراف أسبوعي مباشر أو فردي أو جماعي للموظفين من قبل المعالجين النفسيين في الموقع، كما يتم الإشراف على عملهم عن بعد وتوفير التوجيه البرامجي من أخصائي نفسي إكلينيكي في المقر الرئيسي.

في عام 2015، شهد مركز التدريب المستمر تزايداً في السلوك الانتحاري الجماعي بين الأطفال دون مرافق في المخيمات. أبلغت إدارة حماية الطفل عن 17 محاولة انتحار في ذلك العام (10 فتيات)، مقابل محاولتين في عام 2014 (من بينهم فتاة واحدة؛ المجلس النرويجي للاجئين، 2015). يبدو أن هناك تداعيات مؤثرة لمحاولة الانتحار الواحدة حيث تنتقل العدوى بين الأطفال دون مرافق (هايدن، 2015). نتيجة للوسائل المميّنة التي يستطيع الأطفال دون مرافق الحصول عليها (الشنق، أو الحرق أو التسمم بالمبيض أو سم الفئران أو جرعة زائدة من الأدوية السامة)، والإسكان المشترك، فإن ما يبدأ كفعل شخصي غالباً ما يصبح فعلاً عاماً يشهد عليه الجيران أو زملاء المنزل. لقد ثبت أن مشاهدة أفعال إيذاء النفس تزيد من احتمالية الإصابة بالعدوى، لا سيما بين الشباب (Gould & Lake, 2013). تمت الإشارة إلى مجموعة متنوعة من المحفزات المباشرة تشمل عدم الاتصال بالعائلة، والشعور بالذنب المرتبط بعدم القدرة على العمل إما لإعالة أسرهم أو لإكمال الهجرة الثانوية، والأخبار عن غرق قارب مهاجرين في البحر المتوسط، ووصمة العار الناتجة عن الصدمات (مثل السلوكيات الانكفائية أو الذعر الليلي أو التبول اللاإرادي) والتتمر على أساس العرق أو "العين الشريفة" المتخيلة.

الحماية، وتحديد علامات الإنذار المبكر. يشارك المسؤولون المجتمعيون بعد ذلك في تقديم التغذية الراجعة والعصف الذهني للاستجابات الفعالة التي يمكن أن يتخذوها هم أو مجتمعهم. ومع الإدراك التام بأن اللوم أو الاستجابة النقدية للانتحار غالبًا ما تكون نتيجة للشعور بالقلق وعدم معرفة كيفية الاستجابة للأفكار أو السلوك الانتحاري، تركز مناقشات ركن القهوة هذه على مساعدة القادة المجتمعيين على فهم الأطفال المعرضين للخطر والاستجابة لهم بشكل أفضل. كما أنها ترفع من الوعي بخدمات مركز ضحايا التعذيب المتاحة وتؤدي إلى بناء روابط أوثق بين القادة المجتمعيين ومركز ضحايا التعذيب بحيث يتم تنبيه فريق المركز عند التعرف على أي سلوك يدل على أن ذلك الشخص عرضة للخطر. أدت الإحالة المبكرة وبالتالي التدخل إلى زيادة قدرة الفريق على تلبية احتياجات الأطفال غير المصحوبين والمراهقين المعرضين للخطر بمستوى أقل حدة.

بدأ المركز أيضًا في التوعية المجتمعية، بما في ذلك الاحتفال باليوم العالمي لمنع الانتحار في كلا المخيمين. تهدف حملات التوعية هذه إلى تطبيع الأفكار الانتحارية كاستجابة للصدمة والإجهاد لفترات طويلة، والتأكيد على أنه من الممكن التعافي، وتسهيل الضوء على الحاجة إلى الدعم المجتمعي لمن هم في محنة واستخدام الأساليب التأملية، بما في ذلك قراءة الشعر عبر الإذاعة المحلية، تقديم عروض فنية في مركز الشفاء ومسيرات على ضوء الشموع عبر المخيم. بالإضافة إلى ذلك، يتم تقديم تربية الصحة النفسية والمسرحيات الهادفة بشكل دوري عبر الراديو، ويتم توزيع كتيبات باللغة المحلية حول عوامل الخطر والحماية، وكذلك كيفية التعرف على علامات الخطر والاستجابة لها.

## بناء القدرات مع الشركاء المجتمعيين

طور مركز التدريب المهني مناهج لبناء قدرات موظفي المنظمات الشريكة الذين يتفاعلون بشكل منتظم مع الأطفال غير المصحوبين، بما في ذلك موظفي الحماية والأخصائيين الاجتماعيين المساعدين، والشرطة المجتمعية والناشطين المجتمعيين والمعلمين. تركز هذه التدريبات على الحد من وصمة العار، والتواصل مع الأطفال، وفهم السلوك الذي يؤشر إلى أعراض التوتر والضيقة، وتوفير الدعم الأساسي، والتعرف على المخاطر ومعرفة متى يجب إحالة ذلك الشخص وإلى أين. قدم مركز التدريب المهني أيضًا التدريب والإشراف المستمر والاستشارة لموظفي التسجيل الذين يديرون مركز الاستقبال حيث يتم إيواء الأطفال دون مرافق عند عبورهم الحدود، بالإضافة إلى الممرضات والأخصائيين الاجتماعيين و "ربات البيوت" اللاجئات. تسمح هذه التدريبات بالتحديد المبكر للشباب المعرضين للخطر بحيث يمكن إبلاغ مركز الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي العامل في هذا المخيم لمتابعة الحالات فور استقبالهم في المخيم.

غالبًا ما تنتشر الشائعات أو وصمة العار حول الشباب الذي قام بالمحاولة. تتوقع من الأسرة البديلة أو الأخصائي الاجتماعي المسؤول عن المنزل الجماعي "مراقبة" الأطفال، إلا أنهم غير مدربين في الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وغير مستعدين لتقديم الدعم. بعد حدوث انتحار في منزل أو حي، تظهر حالات انتحار أخرى في المنزل الجماعي أو المنطقة، حيث نجد ما بين محاولة وخمس محاولات إضافية في الأسابيع التالية. قد يتوفر الحد الأدنى من خدمات الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي بالإضافة إلى ما يقدمه مركز ضحايا التعذيب ولكن لم يكن هناك استجابة منسقة من الجهات الفاعلة في المجال الطبي والحماية والصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للسلوك الانتحاري.

## تصميم برنامج للوقاية والتدخل اللاحق<sup>4</sup> لحوادث الانتحار

طور مركز ضحايا التعذيب نهجًا متعدد الجوانب لمعالجة هذه الاحتياجات يركز على (أ) زيادة وعي المجتمع وتقليل وصمة العار؛ (ب) بناء قدرات القادة المجتمعيين والأخصائيين الاجتماعيين وموظفي الوكالات الإنسانية، بما في ذلك المدرسين وموظفي مراكز الاستقبال؛ (ج) تربية الصحة النفسية للقاصرين والقائمين على رعايتهم<sup>5</sup>؛ (د) تقديم المشورة الجماعية والفردية للقاصرين الذين يعتبرون معرضين للخطر و(هـ) التدخل في الأزمات ووضع استراتيجيات منسقة للتدخل اللاحق لمعالجة المحاولات وتقليل مخاطر العدوى. ومن أجل تطوير جهد مكثف لبناء قدرات موظفي مركز التدريب المهني، تم تخصيص مستشارين خبراء في العمل مع الأطفال فيما اصطلح على تسميته بـ "فريق القاصرين" المخصص لتطوير وتجربة تدخلات مركز التدريب المهني في كل مخيم وذلك في عام 2016. تلقى هذا الفريق تدريبًا أسبوعيًا في علم النفس التطوري بالتركيز على الضيق المصاحب للصدمة بالإضافة إلى نماذج إكلينيكية مختلفة، والإشراف اليومي المباشر، والإشراف الأسبوعي من قبل معالج نفسي لديه خبرة في العمل مع الأطفال والشباب. بعد تأسيس برنامج العمل مع القاصرين في عام 2017، تم إعادة دمج "فريق القاصرين" في الكادر الوظيفي، وتم تعميم التدريبات المتخصصة لجميع الموظفين والعاملين.

## توعية المجتمع والحد من وصمة العار

نظرًا لوصمة العار الشديدة المرتبطة بالسلوك الانتحاري، وضع مركز ضحايا التعذيب جهدًا كبيرًا في برامج التوعية المجتمعية. وقد تم تنفيذ هذه البرامج من خلال "حوارات ركن القهوة"، وإشراك و تثقيف الأشخاص الذين يحملون مفاتيح الدخول إلى مجتمع اللاجئين، خاصة من القيادات الدينية، كبار السن، مزودي الرعاية شبه المهنيين من المؤسسات الشريكة، المعلمين، والشرطة المجتمعية. خلال هذه النقاشات، يتطرق طاقم العمل في مركز ضحايا التعذيب إلى المواضيع المتعلقة بالصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي، بما في ذلك تطبيع الأفكار الانتحارية كاستجابة للتجارب السابقة بالإضافة إلى اليأس والظروف القاسية للمخيم، والعوامل المساهمة وعوامل

4 صعب تعريف التحالف الوطني للوقاية من الانتحار، فإن التدخل اللاحق هو استجابة منظمة تتبع الانتحار لها واحد أو أكثر من بين الأهداف الثلاثة التالية: (1) تيسير شفاء الأفراد الذين تعرضوا للحزن والضيقة جراء فقدان الشخص المتحر، (2) التخفيف من الآثار السلبية الأخرى المرتبطة بالتعرض للانتحار و (3) الوقاية من الانتحار ما بين الأشخاص المعرضين للخطر بعد تعرضهم للانتحار (فريق عمل الناجون من خسارة أشخاص جراء الانتحار، 2015).

5 مقدمي الرعاية هم أي شخص بالغ، متعارف عليه بأنه مسؤول عن طفل ما. قد يكون هذا الشخص هو أحد ذويه، أحد الأقرباء، أسرة بديلة، أو عامل اجتماعي شبه مهني.



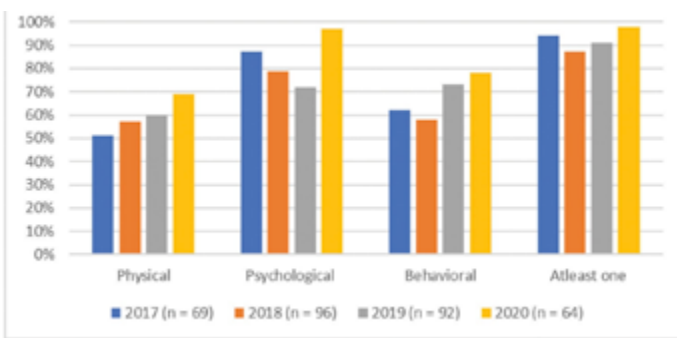
## التربية النفسية

النفس. في هذه المرحلة، إذا تمت الإشارة إلى الموضوع في الحديث أو التفاعل يتم ترتيب جلسات فردية استكمالاً لأولئك الأشخاص الذين عبروا عن تلك الحاجة. تركز الجلسات الأخيرة على إعادة الاتصال بالذات والمجتمع: الحوار الصحي مع الذات، وتصور الأوضاع الذاتية المستقبلية الإيجابية وتحديد الأهداف العملية للوصول إليها، وكذلك «الوداع الجيد»، والحفاظ على الروابط الاجتماعية والتأكد من ذلك. يتم دمج الحركات الجسدية المبسطة المستمدة من برنامج العلاج الطبيعي في مركز ضحايا التعذيب، بما في ذلك الوقفة التي تعبر عن «القوة»، واسترخاء العضلات المتقدم، وتمارين التمدد المتنوعة، والنوم الصحي، وتمارين تنشيط القلب والأوعية الدموية. يتم هيكلة بيئة المجموعة لتسهيل الدعم الاجتماعي والتطبيع الضمني للأعراض. كما يتم إجراء زيارات منزلية للأطفال دون مرافق ممن يتبين أنهم عرضة للمخاطر.

يتم إجراء ثلاث جلسات تربوية نفسية متزامنة للأسر البديلة والأخصائيين الاجتماعيين الذين يشرفون على بيوت الأطفال الجماعية في مجموعات الإرشاد. تتم إحالة الأطفال دون مرافق إلى هذه المجموعات من قبل المنظمات الشريكة، والقادة المجتمعيين، وموظفي مركز الاستقبال، والأخصائيين الاجتماعيين المساعدين أو بعد المشاركة في سلسلة من جلسات التربية النفسية. تم تجريب «دليل المجموعات» في دورتين في كل واحدة منها ست مجموعات وتم استدخال الملاحظات الميدانية وتعديل الدليل بناء عليها قبل وضعه قيد الاستخدام بشكل كامل.

منذ أيار/مايو 2016، قدم المركز خدمات استشارية مكثفة لـ 1174 قاصراً، 776 منهم من الفتيان و398 من الفتيات. أكمل معظمهم (78%) ما لا يقل عن 7 من أصل 10 جلسات. يتم تقييم القاصرين المشاركين في التدخلات الجماعية أو الفردية عند استقبالهم، بما في ذلك الأطفال دون مرافق، كما تتم متابعتهم بعد 3 و6 و12 شهراً. من بين أولئك الذين أكملوا التقييم لمدة 6 أشهر، أظهر 92.5% في المتوسط انخفاضاً في الأعراض النفسية والجسدية و / أو السلوكية للإحساس بالضيق (انظر الشكل 2 للمعدل السنوي للتقليل من الأعراض).

الشكل 2: معدل انخفاض الأعراض سنوياً



## التدخل في الأزمات والتدخل اللاحق

قام مركز ضحايا التعذيب بتطوير وتنفيذ برنامج استجابة للأزمات المتعلقة بالانتحار الوشيك أو محاولة الانتحار. قدمت هذه المبادرة الدعم الفردي للناجين، وكذلك لزملائهم في المنزل والأصدقاء والقائمين على الرعاية، كما يتم تقديم الدعم للموظفين للعاملين في المجال الإنساني والمستجيبين الأوائل حسب الطلب (انظر الإطار 1 للحصول على مثال دراسة الحالة).

تم تطوير سلسلة من ثلاث جلسات لتربية الصحة النفسية للقاصرين بمجرد وصولهم إلى المخيم، تركز على الوعي العاطفي، وفهم الانتحار، والتعرف على عوامل الخطر والحماية، واستخدام استراتيجيات التأقلم الصحية وكيفية الحصول على الدعم إذا فكرت أنت أو صديقك/صديقتك في الانتحار. يوفر المركز حوالي 50 ورشة عمل سنوياً لحوالي 860 قاصراً سنوياً في المتوسط، غالبية من الأطفال دون مرافق (انظروا الجدول 1). بعد أنشطة بناء القدرات للأخصائيين الاجتماعيين من اللاجئين، يقوم أغلبهم بإرسال القاصرين غير المصحوبين تحت رعايتهم إلى هذه الجلسات فور وصولهم. وفي عام 2019 تم اعتماد جلسة واحدة كتعديل على السلسلة لزيادة إمكانية الوصول للأطفال غير المصحوبين الأكبر سناً واليا فعيين.

## المشورة النفسية الجماعية والفردية

تشكل خدمة المشورة النفسية الجماعية المكونة من 10 جلسات أكثر خدمات مركز ضحايا التعذيب كثافة، حيث تتكون بالعادة من خلال وضع 6-8 قاصرين غير مصحوبين بذويهم في مجموعات حسب العمر والنوع الاجتماعي. يتم تقديم هذه الخدمة للقاصرين دون مرافقين يظهرون مستويات معتدلة إلى عالية من المخاطر والأعراض وضعف الأداء في التقييم لدى استقبالهم. هناك 3 نسخ من كل مجموعة تم مواابعتها وفقاً لمرحلة النمو: الطفل، اليافع، والمراهق. الغرض من المجموعة هو توفير تدخل علاجي منظم للأطفال دون مرافق ممن تم تحديدهم على أنهم معرضون للخطر، واستهداف العوامل المساهمة في التفكير في الانتحار وبناء الوعي العاطفي ومهارات التنظيم، فضلاً عن الدعم الاجتماعي. تم تصميم محتوى المجموعة على مراحل جوديث هيرمان الثلاث للتعافي من الصدمات (1992) ويركز حول قصة الطفل بحيث يتم مواابمة العمر والنوع الاجتماعي حسب المجموعة.

## جلسات التربية النفسية للقاصرين

السنة	الجلسات	المشاركون		
		ذكور	إناث	المجموع
2017	48	501	259	760
2018	47	577	345	922
2019	53	807	491	1298
2020	50	296	160	456
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>2181</b>	<b>1255</b>	<b>3436</b>

تركز الجلسات الأربعة الأولى على السلامة: الأمان داخل المجموعة، والوعي العاطفي، والتعامل مع العواطف والأفكار والأساسيس الجسدية الغامرة. خلال هذه الفترة، يعمل المستشارون مع الأطفال لتطوير مهارات التأقلم التي يمكنهم استخدامها في حال حدوث حافز ما إما في الجلسة أو في الحياة اليومية. يتم تدريب جميع المستشارين على معالجة التصعيد المحتمل للأعراض خلال الجلسة ويعملون بوجود إشراف حي ومباشر بالإضافة إلى الإشراف الفردي الأسبوعي والجماعي كل أسبوعين. تركز الجلسات الأربعة التالية على التذكر والحداد: فهم التجارب المؤلمة، ومعالجة الشعور بالذنب والعار، وتمزق العلاقات الوثيقة، والخسارة والحزن، وإدارة الغضب وإيذاء

تعد مشاركة مقدمي الرعاية في مختلف جوانب الاستجابة والعلاج أمراً حيوياً. تم تدريب مقدمي الرعاية حول كيف يمكن أن يكونوا بالغين يوفرون مساحة آمنة للأطفال، وتأثير الصدمة على الأطفال، والأعراض الشائعة والتعبيرات عن الضيق، واستراتيجيات التكيف البسيطة التي يمكن أن تحفزها وتعززها بيئة المنزل. مكنهم ذلك من الاستجابة للأعراض والسلوكيات بطريقة حساسة وعلاجية، مما كان أكثر فاعلية وجعلهم يشعرون بالتمكين بدلاً من القلق وإبداء ردود فعل استبدادية. بعد التدريبات والتربية النفسية، لاحظنا أن مقدمي الرعاية استخدموا المواد التي تعلموها وعملوا بشكل أكثر وضوحاً من خلال نهج يركز على الطفل.

تشير تجربتنا أيضاً إلى أن التربية النفسية عنصر مهم لدعم الأطفال في التعرف على المؤشرات والأعراض مبكراً وفهم أن المساعدة متاحة وكيفية الوصول إليها. وجدنا أن محدودية المعرفة العاطفية لدى الأطفال تفاقمت لدى أولئك دون مرافق لأنهم لا يملكون قدوة من بين البالغين يمكنهم الاحتذاء به/بها فيما يتعلق بالوعي العاطفي والصحي. قد يكون هذا هو الحال أيضاً مع البالغين الذين يتعلق بهم الأطفال والذين عانوا هم أنفسهم من عنف شديد وبالتالي يجدون أنفسهم غير مستقرين عاطفياً، مثل الأسر البديلة أو العاملين الاجتماعيين المجتمعيين. شكل العمل في مجموعات من خلال التربية النفسية والإرشاد بيئة اجتماعية داعمة وطبيعية للأطفال دون مرافق، والذين كانوا بالأغلب يشعرون بالعزلة. وحسب شهاداتهم اعتبر القاصرون دون مرافق أن استخدام التقنيات التي تربط الشخص بتصور إيجابي للذات ومستقبل محتمل مفيدة خاصة في غياب شخص بالغ يمكن أن يكونوا معه/معها ارتباطاً عاطفياً مشجعاً.

أما المرشدون النفسيون بأن دمج القصص في كل من تربية الصحة النفسية والإرشاد ساهم في المشاركة الفعالة لأفراد المجتمع ومقدمي الرعاية والمراهقين من الأطفال دون مرافق. أعطى القادة المجتمعيون ملاحظات مفادها أنه عندما تم تقديم المعلومات على هيئة تمثيلية على الراديو المحلي، فقد حظيت باهتمام أكبر من قبل أفراد المجتمع وبدأ أنهم يتذكرونها بشكل أفضل. وبالمثل، فإن استخدام القصص في تربية الصحة النفسية أدى إلى التعاطف الفعال من قبل أفراد المجتمع. عند استخدامها في مجموعات، ساعدت القصص على تطبيع الأعراض وسمحت للأطفال دون مرافق بإسقاط تجاربهم على الشخصيات، والمشاركة في جلسات جماعية أكثر مما كانت عليه عندما لم يتم استخدام القصة. لقد طورنا سردية أساسية لكل مجموعة إرشادية (بحيث تكون الشخصية في إحدى النسخ ذكر وفي الأخرى أنثى، وفي إحداها تكون طفل أو يافع أو مراهق) والتي يمكن استخدامها كما هي أو معدلة بشكل طفيف إذا شاركت المجموعة تجارب مشتركة، تم تحديدها لدى استقبال الأطفال. ومع ذلك، وجدنا أنه من المهم تحقيق توازن دقيق بحيث تتوفر تفاصيل كافية لتكون القصة واقعية وتجذب خيال المستمع، مع ترك مساحة كافية لإسقاط التجارب على الشخصية، ودون إعطاء الكثير من التفاصيل كي لا تشبه الشخصية فرداً حقيقياً في المجتمع، أو تثير حفيظة المشاركين.

كان تكييف عملية الإرشاد من خلال دمج طرق الشفاء والمعتقدات المحلية مفيداً. على سبيل المثال، يعد استخدام المياه المقدسة في سياقنا أمراً شائعاً، وقد يغيب الأطفال الذين يعانون من ضائقة في بعض الأحيان عن جلسات الإرشاد مفضلين جلسات المياه المقدسة. يبدو أن النهج الذي تم فيه دمج استخدام المياه المقدسة في تمرين أساسي زاد من قبول الأطفال دون مرافق لجهود الإرشاد. كان التطبيع وإدراج تجارب ثقافية خاصة، مثل وصمة العار المرتبطة بـ «العين الشريرة» مهم

منذ عام 2017، استجاب المركز لـ 9-15 محاولة انتحار من الأطفال دون مرافق سنوياً، وقدم دعم التدخل اللائق إلى 8-17 شخصاً لكل استجابة. إن الاستجابة الداعمة، وليست العقابية، للأطفال غير المصحوبين والمراهقين الذين يحاولون الانتحار، بالإضافة إلى الاستجابة الداعمة والتعليمية لمقدمي الرعاية لهم، هو أمر بالغ الأهمية للحد من مخاطر إعادة المحاولة، ولتزويد الأطفال دون مرافق ببدائل لإدارة مشاعرهم العارمة. يعد دعم شركاء المنزل والفحص السريع للمخاطر أمراً مهماً في سياقنا للمساعدة في الحد من عدوى الانتحار. يوفر المركز أيضاً دعماً في حالات الوفاة عن طريق الانتحار. يستند هذا المكون إلى دليل منظمة الصحة العالمية للتدخل الوجيز وتخطيط الاتصال والسلامة والذي ثبتت فعاليته في الحد من السلوك الانتحاري لدى النازحين (فليشمان وآخرون، 2008؛ هاروز وآخرون، 2018؛ هاروز وآخرون، 2020). بعد المحاولة، بمجرد أن يتلقى القاصر غير المصاب لذويه عناية طبية، يوفر المركز زيارات منزلية تفقدية بالإضافة إلى الاستشارات الفردية. يعتمد تركيز جلسات الإرشاد على العوامل التي أدت للمحاولة، ولكنه يشمل دائماً التوعية وإدارة العواطف، بالإضافة إلى بناء أنظمة دعم إضافية وأنظمة مواكبة. بعد الانتهاء من الاستشارة الفردية، وإذا اقتضت الحاجة، قد يتم دمج القاصر غير المصاب لذويه في مجموعة استشارية لتقليل الشعور بالعزلة والوصمة الناتجة عن المحاولة.

في عام 2017، قاد مركز التدريب المهني عملية تطوير استراتيجية للتدخل اللائق بمشاركة جميع الشركاء المجتمعيين والإنسانيين المعنيين العاملين في المخيمات. تهدف هذه الإستراتيجية إلى ضمان التعرف على الحالة في الوقت المناسب والإحالة المناسبة واتخاذ القرار المنسق. تم تطوير وتعميم إجراء بسيط للفحص بمعايير وإرشادات واضحة لتقييم المخاطر - بما في ذلك تاريخ الأفكار الانتحارية والأفكار الانتحارية الحالية والخطة والحصول على الوسائل. تم تصميم الفحص ليكون قصيراً وسهلاً للسماح لجميع الشركاء المجتمعيين والإنسانيين المعنيين بتعزيز قدرتهم على اكتشاف مخاطر الانتحار لدى الأطفال والمراهقين. يرافق الفحص مصفوفة تقييم المخاطر التي تعطي تعليمات واضحة للمراقب لاتباعها بناءً على مستوى المخاطر. يتضمن ذلك الخطوات التي يجب اتخاذها على الفور، خلال الـ 24 ساعة الأولى، خلال الأسبوع الأول وعلى المدى الطويل. يتم تعيين مسؤوليات الأدوار المختلفة في الاستجابة للمنظمات الشريكة. تتم مناقشة التدخل اللائق والاتفاق عليه من قبل جميع الأطراف، كما تتم مراجعته سنوياً لتعديله بناءً على تغير الموظفين أو تغيير الأدوار بين المنظمات الشريكة.

## الخبرة والتعلم

أسفرت تجربتنا في تطوير وتنفيذ البرنامج أعلاه عن دروس مهمة. على الرغم من أننا نعمل في سياق فريد من نوعه، إلا أن هناك الكثير من أوجه الشبه ما بين سياقات مخيمات اللاجئين، حيث يتعرض القاصرون للعنف ويظنون عرضة لضغوط مزمنة. ولم نركز فقط على الصدمة أو القلق أو الاكتئاب كعوامل رئيسية، بل قمنا بدمج العوامل المتعلقة بالحزن والهوية والشعور بالذنب والعار. يبدو هذا مهماً بشكل خاص بالنسبة للأطفال دون مرافق في حالة النزوح، والذين ما زالوا يحاولون تحديد أفكارهم ومعتقداتهم حول أنفسهم والناس والعالم بشكل عام بينما ينتقلون في ظروف صعبة للغاية مع الحد الأدنى من الدعم العاطفي.

التخصصات من المهنيين الصحيين وأعضاء المجتمع ومقدمي الرعاية والوكالات الإنسانية التي تركز على الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي لتطوير توجيهاً وإرشادات فعالة. في حين أن هذا قد يبدو استخداماً مكثفاً للموارد، فإننا نعتبر بأن الاتجاهات الحالية في سلوكيات إيذاء النفس بين اللاجئين، وخاصة القاصرين منهم، تبرر جدوى هذا الاستثمار.

تواصل القيادات المجتمعية والتحالف المشترك بين الوكالات تقديم خدمات التدخل اللاحقة. يعتبر جميع الشركاء من المنظمات غير الحكومية المجتمعية والدولية بأن منظماتنا مورد هام لكل من الإحالة والتدريب، وقد توسعت البرمجة لتشمل القاصرين الذين كبروا على فئتهم العمرية، بالإضافة إلى تدريب الأسر البديلة ومقدمي الرعاية الآخرين. في أعقاب الأزمة الأخيرة في تيغراي، يخطط مركز ضحايا التعذيب لتوسيع نطاق خدمات الأطفال دون مرافق (UASC) لتشمل النازحين (IDP) في مناطق عملنا.

## شكر وتقدير

أصبح العمل الموصوف في هذا المقال ممكناً بفضل اجتهاد وحساسية فريق CVT-Tigray، ولا سيما Dejen Yewhalaw و Eshete Teshager و Aida Hailu و Frezgi Gebrekristos و Daniel Welday و Musie Abel و Adunya Usman و Abderuhman Kedir جولدن وسارة بيترز وكريغ هيغسون سميث على دعمهم. يعرب مركز التدريب في حالات الطوارئ عن امتنانه لـ ARRA والمفوضية لتعاونهما في الاستجابة. يقدر المركز مرونة وإبداع الأطفال الذين نعمل معهم والذين يثيرون إعجابنا كل يوم بقوتهم وروحهم.

## الدعم المالي والرعاية

يتم دعم عمل CVT في إثيوبيا من قبل مكتب السكان واللاجئين والهجرة من وزارة الخارجية الأمريكية وصندوق الأمم المتحدة للتبرعات لضحايا التعذيب والجهات المانحة الخاصة. المؤلفون وحدهم مسؤولون عن الآراء الواردة في هذه المقالة والتي لا تعكس بالضرورة آراء أو قرارات أو سياسات المؤسسات التي ينتمون إليها.

## تضارب المصالح

لا يوجد هناك أي تضارب للمصالح.

أيضاً. غالباً ما كانت تُستخدم كأمثلة للتجارب للشخصية في القصة، مما سمح للأطفال دون مرافق مشاركة تجاربهم الخاصة في النبذ من المجتمع.

كان العثور على أساليب إبداعية، وليست لفظية حصرياً، للتعبير عن المفاهيم المعقدة للأطفال دون مرافق أمراً مهماً للفهم وتم تعديله لمرحلة التطوير. مثال على ذلك هو دمج لعبة لإثبات أهمية السرية بدلاً من شرح مطول. استغرق هذا عدة محاولات تجريبية للحصول على التغذية الراجعة من الموظفين الذين نفذوا التدخل. كانت المناهج المجسدة لعدد من المفاهيم مفيدة، بما في ذلك استخدام الحركة والفنون التعبيرية كأشكال يمكن أن يستخدمها الأطفال دون مرافق للتعبير عن المشاعر، وكذلك للتعامل مع الأفكار أو المشاعر العارمة. بدأ استخدام الموسيقى كمهارة تأمل مؤثراً بشكل خاص. قمنا بدمج تمرين تم فيه عزف أغانٍ شعبية مختلفة بحيث تحرك الأطفال في جميع أنحاء الغرفة متبعين الإيقاع، ثم فكرنا في كيف جعلتهم الأغاني والحركة يشعرون وكيف يمكن أن تكون مفيدة أو ضارة عندما يشعرون أنهم في خطر.

في سياقنا، لاحظنا أن فصل الذكور عن الإناث في مجموعات لودهم ساعدهم على الإحساس بالأمان والحرية لمشاركة تجاربهم، في حين بدأ أن المجموعات المختلطة تقيد التعبير وتحصره في الأدوار التقليدية للجنسين. قد يكون هذا هو الحال أو قد يختلف في سياقات أخرى.

وشملت التحديات تغير الموظفين في الوكالات الشريكة، مما تطلب التدريب المستمر والتنسيق لضمان التنفيذ السلس للاستجابة. لقد تطلبت مواجهة الوصمة الحالية جهوداً كبيرة، مع التركيز على إشراك القادة الدينيين، الأمر الذي يتطلب وقتاً واستثماراً في بناء العلاقات للتغلب على المقاومة. ثبتت فعالية تمكين مقدمي الرعاية بالمهارات التي يمكنهم استخدامها عند مساعدة القاصرين الذين يعانون من ضائقة، ولكن نظراً لكونهم من نفس المجتمع ولديهم تجاربهم الخاصة مع الصدمات والضغط المزمن، فقد كان لا بد أيضاً من بذل الجهود لبناء قدرتهم على رعاية أنفسهم وإدارة عواطفهم. لا يزال الإرهاق بين مقدمي الرعاية على مستوى الفاعلين الإنسانيين والمجتمع المحلي يمثل تحدياً، مما يؤثر على الدافعية والقدرة على الاستجابة الحساسة. وهذا يؤكد حقيقة أن هذا التدخل لا يمكن أن يكون لمرة واحدة بطبيعته، ولكنه يتطلب متابعة مستمرة، يرافقه عمليات التوعية على جميع المستويات.

أكدت تجربة مركز ضحايا التعذيب في مخيمات اللاجئين في تيغراي أن استمرار وصمة العار والخزي المحيطين بالانتحار حالاً دون توسيع رقعة النقاش والتخطيط بين القيادات المجتمعية والوكالات الإنسانية. وهذا يعني أن المجتمع والشركاء العاملين في المجال الإنساني لم يكونوا مستعدين لتزايد محاولات الانتحار في إطار مجموعات. نتوقع أن يكون هذا هو الحال في العديد من السياقات الإنسانية، حيث يؤدي التركيز على الاحتياجات الأساسية في كثير من الأحيان إلى إهمال الاهتمام بالضغوط النفسية والاجتماعية التي تضعف قدرة الناس على القيام بأعمالهم اليومية. نوصي ببدء مناقشات حساسة في وقت مبكر من الاستجابة، لأنها مهمة لمساعدة الجهات الإنسانية على توقع العوائق، مثل وصمة العار، وتيسير الجهود المجتمعية نحو استيعاب المفاهيم والاستجابة بشكل أكثر فعالية. سيكون هذا مفيداً لمقدمي الخدمة والمستخدمين من أجل وضع إجراءات عمل موحدة تشمل استراتيجية تدخل ما بعد محاولة الانتحار، لكي يتم تطويرها وتنفيذها ومراجعتها بشكل دوري كجزء لا يتجزأ من الاستجابة الإنسانية. سيكون هناك حاجة إلى فريق متعدد

## الإطار 1. دراسة حالة ما بعد الحدث

كانت فيفين Feven\* فتاة تبلغ من العمر 17 عامًا غير مصحوبة بذويها وعاشت لمدة 4 سنوات في مخيم ماي آيني في منزل جماعي برعاية مجتمعية مع خمسة من رفاقها في السكن. عاشت فيفين منفصلة عن والديها وأقاربها، على الرغم من وجود عم لها في نفس المخيم.

وفقًا لزملائها في السكن، عانت Feven من الانفصال المطول عن أحبائها وكانت تشعر بالحنين إلى الوطن، وكانت تبحث عن الرعاية والراحة من الآخرين. بدأت تقضي الوقت مع صبي، لكن هذا لم يسعد عمها. وبخها العم مرارًا طالبًا منها التوقف عن لقاء الصبي، وضربها مرة بقسوة لعصيانها. مع استمرار ضغوط عمها، قررت Feven أن تطيعه، لكن تسبب ذلك في شجار مع الصبي. ثم تشاجرت فيفين مع عمها بسبب معاملته المسيئة.

شكلت الضغوطات المتراكمة الناتجة عن الانفصال عن والديها، فضلًا عن نقص الدعم من عمها وصديقها، تمثل تحديًا لـ Feven. أعربت لأصدقائها عن شعورها بالوحدة بالإضافة إلى مشاعر الغضب واليأس الهائلة. أصبحت عصبية وعدوانية مع زملائها في السكن. أماد أصدقائها أنها بدأت في شرب الكحول في المساء. أبلغ زملاؤها في الغرفة الأخصائية الاجتماعية المشرفة عن التغييرات في سلوك Feven. حاولت الأخصائية الاجتماعية مساعدتها من خلال النصح والإرشاد، لكن لم يتحسن الوضع. لم تقم الأخصائية الاجتماعية بإحالة Feven إلى خدمات الصحة النفسية أو خدمات أخرى للدعم الإضافي.

في أحد الأيام، انتظرت Feven مغادرة رفاقها في السكن لغسل ملابسهم. بمجرد ذهابهم، سكت الكاز على جسدها وأضمرت النار في نفسها. سمع الجيران صراخها وحاولوا المساعدة، ولكن كان قد فات الأوان. تم نقل Feven على وجه السرعة إلى المركز الصحي للاجئين ومن هناك تم تحويلها إلى المستشفى المحلي ثم إلى المستشفى الإقليمي. ومع ذلك، لم يتمكنوا من إنقاذ حياتها.

استجاب مركز ضحايا التعذيب CVT بعد 24 ساعة من الحادث على النحو التالي:

بالتعاون مع الأخصائيين الاجتماعيين المجتمعيين، شارك مستشارو المركز في التآبين للتعبير عن احترامهم، ثم قاموا بزيارة منزلية إلى منزل Feven، حيث عقدوا جلسة جماعية ركزت على التخفيف من وتنظيم عواطف ومشاعر زملائها في الغرفة، وتناولوا بعض مشاعر الذنب ولوم الذات المرتبطة بالأزمة. حصل زملاء فيفين في الغرفة على الإسعافات الأولية النفسية (PFA) وتم فحصهم لمعرفة مستوى المخاطر. كما تم توفير الإسعاف الأولي النفسي الفردي مع الأخصائي الاجتماعي المشرف على المنزل الجماعي وعم Feven والجيران الذين شهدوا الحادث.

تلقي اثنان من أصدقاء Feven ممن اعتُبروا في خطر شديد جلسات إرشاد فردي للتعامل مع حزنهم ومشاعر اليأس والذنب.

أجرى مركز التدريب المهني جلسات تثقيف صحة نفسية مع الأطفال دون مرافق في منازل المجموعة المحيطة، وكذلك مع الأخصائيين الاجتماعيين في المجتمع وأعضاء آخرين في المجتمع. خلال هذه الجلسات، راقب المستشارون العلامات التحذيرية المحتملة للمخاطر والحاجة إلى مزيد من المتابعة المكثفة.

تم تيسير «حوارات ركن القهوة» مع القادة المجتمعيين في تلك المنطقة من المخيم التي ركزت على التحديد المبكر لعلامات التحذير من الانتحار ومسارات الإحالة.

\* تم تغيير الاسم لحماية سرية العميل.



- Greenberg, M. T., Siegle, J. M., & Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12, 373–386. <https://doi.org/10.1007/BF02088721>
- Haroz, E. E., Decker, E., & Lee, C. (2018). Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations. United Nations High Commissioner for Refugees. <https://www.unhcr.org/5e15d3d84.pdf>
- Haroz, E. E., Decker, E., Lee, C., Bolton, P., Spiegel, P., & Ventevogel, P. (2020). Evidence for suicide prevention strategies with populations in displacement: A systematic review. *Intervention* 18(1), 37–44.
- Hayden, S. (2015, November 20). Desperate Eritrean child escapees are committing suicide in Ethiopia. VICE News. <https://www.vice.com/amp/en/article/pa43jz/desperate-eritrean-child-escapees-are-committing-suicide-in-ethiopia>
- Herman, Judith. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books.
- Hirt, N., & Mohammad, A. S. (2013). Dreams don't come true in Eritrea: Anomie and family disintegration due to the structural militarisation of society. *The Journal of Modern African Studies*, 51(1), 139–168.
- Human Rights Watch (Organisation). (2020). Human Rights Watch world report: Country chapter Eritrea. *Human Rights Watch* (pp. 195–204). [hrw.org/sites/default/files/world\\_report\\_download/hrw\\_world\\_report\\_2020\\_0.pdf](http://hrw.org/sites/default/files/world_report_download/hrw_world_report_2020_0.pdf)
- Médecins Sans Frontières. (2018). *Self-harm and attempted suicides increasing for child refugees in Lesbos*. MSF press release. <https://www.msf.org/child-refugees-lesbos-are-increasingly-self-harming-and-attempting-suicide>
- Norwegian Refugee Council. (2015). *[NRC report on suicide attempts for Adiharush, Hitsats and Mayaini camp]*. Unpublished raw data.
- Nye, C. (2018). *Children 'attempting suicide' at Greek refugee camp*.
- BBC Online. [www.bbc.co.uk/news/world-europe-45271194](http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-45271194)
- Alem et al.: Responding to suicide in Eritrean refugee minors
- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(3), 545–565.
- Socha, K., Mullooly, A., & Jackson, J. (2016). Experiences resettling Eritrean youth through the US unaccompanied refugee minor program. *Journal of Human Rights and Social Work*, 1, 96–106. <https://doi.org/10.1007/s41134-016-0008-x>
- Sourander, A. (1998). Behavior problems and traumatic events of unaccompanied refugee minors. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 719–727. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00053-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00053-2)
- African Monitors. (2016, May 29). *Eritrean unaccompanied minors and human trafficking*. <https://africanmonitors.org/2016/05/29/eritrean-unaccompanied-minors-and-human-trafficking/>. (2015). *Just deserters: Why indefinite national service in Eritrea has created a generation of refugees*. Amnesty International. <https://www.amnestyusa.org/files/eritrean-deserters-report.pdf>
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288–297.
- Belloni, M. (2020). Family project or individual choice? Exploring agency in young Eritreans' migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(2), 336–353. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1584698>
- Commission of Inquiry on Human Rights in Eritrea. (2016). *Detailed Findings of the Commission of Inquiry on Human Rights in Eritrea*. A/HRC/32/CPR.1. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/ColEritrea/Pages/2016ReportColEritrea.aspx>
- Dudley, M., Steel, Z., Mares, S., & Newman, L. (2012). *Children and young people in immigration detention*. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(4), 285–292. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283548676>
- Evans, K., Diebold, K., & Calvo, R. (2018). A call to action: Re-imagining social work practice with unaccompanied minors. *Advances in Social Work*, 18(3), 788–807.
- Fekete, L. (2007). Detained: Foreign children in Europe. *Race & Class*, 49(1), 93–104. <https://doi.org/10.1177/0306396807080071>
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebusch, L., & Thanhk, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703–709.
- Gentleman, A. (2018). *Suicides raise alarm about UK's treatment of child refugees: Three Eritrean teenagers killed themselves after travelling to Britain without their parents*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/uk-news/2018/jun/17/suicides-raise-alarm-about-uk-treatment-of-child-refugees-eritrean>
- George, M. (2012). Migration traumatic experiences and refugee distress: Implications for social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 40, 429–437. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0397-y>
- Gould, M. S., & Lake, A. M. (2013). *The contagion of suicidal behavior*. Presentation at Contagion of Violence Workshop. National Academy of Sciences.