MENTALNO ZDRAVLJE IZBEGLICA I MIGRANATA

Jovana Bjekić

Maša Vukčević Marković

Nataša Todorović

Milutin Vračević

MENTALNO ZDRAVLJE IZBEGLICA I MIGRANATA

Jovana Bjekić

Maša Vukčević Marković

Nataša Todorović

Milutin Vračević

Izdavač: Crveni krst Srbije

Simina 19, 11000 Beograd

Tel/fax: 011/30-32-125

e-mail: serbia@redcross.org.rs

www.redcross.org.rs

Autori: Jovana Bjekić, Maša Vukčević Marković, Nataša Todorović i Milutin Vračević

Dizajn korica: Jovana Bjekić

Štampa: Crveni krst Voždovac

Tiraž: 300

SADRŽAJ

Mentalno zdravlje 2

Mentalno zdravlje izbeglica i migranata u Srbiji 4

Simptomatologija i znaci psihološke vulnerabilnosti 7

Post-traumatski stresni poremećaj 9

Depresija 16

Anksioznost 22

Mentalno zdravlje i izazovi novog početka 26

Teškoće u domenu mentalnog zdravlja: izazov za tok i postupak azila 28

Mentalno zdravlje i izazovi integracije u lokalnu zajednicu 32

Zaključci i preporuke 37

Well-being walk – primer dobre prakse 41

Inicijalna procena mentalnog zdravlja - primer dobre prakse 43

Kontinuirana evaluacija programa podrške - primer dobre prakse 52

Literatura 57

Teškoće i poremećaji mentalnog zdravlja su jedan od vodećih globalnih problema javnog zdravlja, a izbeglice i migranti predstavljaju posebno ranjivu grupu u ovom pogledu. Veliki broj traumatskih iskustava kako u zemlji porekla tako i tokom puta, ali i sve teškoće sa kojima se suočavaju u zemlji trajnog ili privremenog boravka predstavljaju značajne faktore rizika za probleme i teškoće u domenu mentalnog zdravlja. Ova publikacija usmeriće se na razumevanje mentalnog zdravlja u kontekstu izbeglištva, sa posebnim osvrtom na razumevanje simptoma i manifestacija post traumatskog stresnog poremećaja, kao i depresivnu i anksioznu simptomatologiju. Takođe biće prikazani rezultati istraživanja o psihološkoj vulnerabilnosti, zatim učestalosti različitih psihičkih teškoća, ali i pozitivnih aspekata psihološkog funkcionisanja i rezilijentnosti u izbegličkoj populaciji u Srbiji. Kako teškoće u domenu mentalnog zdravlja predstavljaju sveprožimajući izazov u kontekstu izbeglištva, kao na individualnom tako i na širem društvenom nivou, na ovom mestu biće dat osvrt na metalno zdravlje kao izazov za ostvarivanje prava izbeglica, ali i način na koji različiti socijalni faktori utiču na mentalno zdravlje pojedinca. Na kraju, biće date preporuke za dalji razvoj programa psihosocijane podrške Crvenog krsta Srbije i drugih Nacionalnih društava Crvenog krsta i Crvenog polumeseca i intervencija usmerenih na mentalno zdravlje i dobrobit izbeglica i migranata.

MENTALNO ZDRAVLJE

Mentalno zdravlje je suštinski aspekt javnog zdravlja - mentalna dobrobit je od izuzetne važnosti za kvalitet života i kapacitet da se izađe na kraj sa životnim usponima i padovima. Mentalno zdravlje nas čuva od fizičkih bolesti, socijalnih nejednakosti i nezdravog načina života.

Grupa za javno mentalno zdravlje, 2018

Teškoće i poremećaji mentalnog zdravlja predstavljaju jedan od vodećih globalnih problema javnog zdravlja. Naime, sistematska analiza preko 300 hroničnih i akutnih bolesti u 188 zemalja u periodu od 1990 do 2013, kao jedan od zaključaka navodi da su bolesti iz domena mentalnog zdravlja jedan od glavnih uzroka invalidnosti na svetskom nivou (Vos et al 2013). Dodatno, problemi i poremećaji iz domena mentalnog zdravlja često ostaju nedijagnostifikovani i bez adekvatnog tretmana, posebno u niže razvijenim zemljama. Tako, na primer, Svetska zdravstvena organizacija (ZSO) procenjuje da između 35% i 50% osoba sa ozbiljnim mentalnim teškoćama u razvijenim zemljama ne dobije tretman, dok je ovaj procenat između 76% i 85% u zemljama u razvoju (Demyttenaere et al 2004). Neki od glavnih razloga za to su nedovoljno dostupna zdravstvena zaštita u domenu mentalnog zdravlja, neadekvatna i nepravovremena dijagnostika, ali i stigma koja prati osobe sa mentalnim poremećajima – koja i dalje predstavlja prepreku za traženje pomoći čak i najrazvijenijim zemljama.

Teški životni uslovi i stresna životna iskustva negativno utiču na mentalno zdravlje pojedinca, zbog toga izbeglice, tražioci azila i migranti predstavljaju posebno vulnerabilnu kategoriju u pogledu mentalnog zdravlja. Migracija, a posebno izbeglištvo sa sobom nosi veliki broj izazova za mentalno zdravlje osobe - sa jedne strane teške uslove života i potencijalno traumatične događaje u zemlji porekla, zatim sam proces napuštanje zemlje i teškoće sa kojima se osoba suočava tokom puta, kao i izazove adaptacije i uspostavljanja novog života u zemlji destinacije sa druge strane. Danas je broj izbeglica jedan od najvećih u istoriji (65 miliona raseljenih osoba) i ukoliko se ovaj trend nastavi možemo očekivati da jedan od 100 ljudi u populaciji bude izbeglica ili dete iz izbegličke porodice (United Nations Refugee Agency, 2016), posebno imajući u vidu da je prosečno vreme provedno u izbeglištvu više od 20 godina. Iako se procenjuje da su teškoće u domenu mentalnog zdravlja nekoliko puta učestalije u izbegličkoj nego u domicijalnoj populaciji, nema dovoljno pouzdanih podataka o epidemiologiji mentalnih poremećaja među izbeglicama. Tako, dok neke od studija procenjuju prevalencu post traumatskog stresnog poremećaja (PTSP) u izbegličkoj populaciji na oko 9% (Porter & Haslam, 2005 Fazel, Wheeler & Danesh, 2005), druge pregledne studije koje su obuhvatile i izbeglice u manje razvijenim zemljama procenjuju da je ta prevalenca oko 30% (Steel, Chey &, Silove, 2009). Jedan od primarnih razloga za velike varijacije u epidemiološkim pokazateljima je odsustvo univerzalnih (a ipak kulturološki adekvatno prilagođenih) dijagnostičkih kriterijuma, te neujednačenost studija u pogledu korišćenih instrumenata za procenu i perioda praćenja. Ipak, ono oko čega se gotovo sve studije slažu je da su osobe koje su iz bilo kog razloga bile primorane da napuste svoj dom bile izložene značajnim stresorima, doživele različita traumatska iskustva, i iskusila teškoće prilagođavanja novim (često teškim) životnim ulovima, što sve predstavljaju značajne faktore rizika za mentalno zdravlje.

MENTALNO ZDRAVLJE IZBEGLICA I MIGRANTA U SRBIJI

Podaci Instituta za javno zdravlje Srbije "Dr Milan Jovanovuć Batut" (periodični izveštaji 2017-2018), pokazuju da su teškoće u domenu mentalnog zdravlja treći najčešći razlog zdravstvenih intervencija (posle respiratornih bolesti i fizičkih povreda) u populaciji izbeglica, tražilaca azila i migranata. Tako se navodi da zdravstveni radnici registruju oko 500 intervencija na mesečnom nivou zbog poremećaja mentalnog zdravlja u populaciji izbeglica u Srbiji koja broji između 3600 i 4800 osoba. Ovi podaci direktno govore u prilog izraženim potrebama ove populacije za pravovremenom podrškom, intervencijama u domenu mentalnog zdravlja i, kada je potrebno specijalizovanom negom.

Najčešće teškoće u domenu mentalnog zdravlja koje se sreću u izbegličkoj populaciji uključuju simptome post traumatskog stresnog poremećaja, depresije i anksioznosti. Podaci prikupljeni tokom 2017 i 2018 na uzorku od preko 500 osoba, pokazuju da se više od 80% izbeglica koje borave su Srbiji mogu smatrati psihološki vulnerabilnim – tj. na standardizovanom upitniku za inicijalnu procenu mentalnog zdravlja postižu veći skor od prelomne vrednosti za upućivanje na detaljniju dijagnostiku i potencijalni tretman (Vukčević Marković, Gašić & Bjekić, 2017, Vukčević Marković, Stanković & Bjekić, 2018)[1] . Na ovom mestu važno je istaći da postojanje simptoma ne znači da osoba traba biti dijagnostifikovana nekim od poremećaja mentalnog zdravlja, već da u datom momentau ispoljava znake psihološke vulnerabilnosti koji mogu ukazivati i na akutni odgovor na stresne i teške životne okolnosti koji, uz adekavtnu i pravoveremenu podršku može biti u potpunosti prevaziđen.

[1]Predstavljeni podaci prikupljeni su u okviru projekata finanisranih od strane UNHCR-a u Srbiji.

Crveni krst Srbije u sklopu aktivnosti i programa usmerenih na podršku izbeglicama i migrantima sprovodi inicijalnu procenu mentalnog zdravlja se ciljem identifikacije onih korisnika kojima je potrebna dodatna podrška kao i sa ciljem prilagođavanja programa spram populacionih pokazatelja o psihološkoj rezilijentnosti i vulanerabilnosti korisnika na različitim lokacijama u Srbiji.

Podaci prikupljeni u periodu decembar 2018. – februar 2019. godine na uzorku od preko 200 korisnika, pokazuju da je **72.5%** izbeglica i migranata psihološki vulnerabilno, tj. postižu skor koji je isti ili veći od prelomne vrednosti (engl. cut-off score) za identifikaciju psihološki vulnerabilnih osoba na Refugee Health Screener (RHS-15)[2] instrumentu za inicijalnu procenu mentalnog zdravlja. Drugim rečima, gotovo 3/4 izbeglica pokazuju indikativne nivoe izraženosti simptoma depresivnosti, anksioznosti i post traumatskog stresa. Važno je istaći da među onima koji su psihološki vulnerabilni svaki drugi se može smatrati izrazito psihološki ugroženim, s obzirom na to da postiže skor koji je dva puta veći od prelomne vrednosti na RHS-15. U pogledu akutnog distresa, **48.0%** izbeglica i migranta pokazuju akutne znake uznemirenosti i drugih psiholoških tegoba, zbog čega im je potrebno pružiti prvu psihološku pomoć, a zatim im omogućiti pristup adekvatnoj psihosocilanoj podršci ili intervencijama usmerenim na zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja.

[2] Refugee Helath Screener (RHS-15) je kratki instrument za brzu procenu ugroženosti osoba koji je lingvistički i kulturno adapriran za izbegličku/migrantsku populaciju iz preko 20 zemalja porekla. Ovaj instrument koristi se u različitim evrpiskim zemljama i SAD-u za trijažu i upućivanje izbeglica na različite usluge, kao i praćenje njihovog psihološkog stanja tomom različitih programa psihosocijalne podrške. Upitnik se može zadavati u intrekciji sa ispitivačem ili ga korisnik može sam popuniti u zavisnosti od maternjeg jezika te dostupnosti upitnika na tom jeziku i nivoa pismenosti.

U pogledu psihološke vulnerabilnosti javljaju se i rodne razlike. Tako su rezultati pokazali da je 82.3% žena izbeglica i migrantkinja psihološki vulnerabilno, dok je taj procenat u populaciji muškaraca nešto niži, odnosno iznosi 63.9%. Kada se posmatra akutni distres, 62.1% žena pokazuje izražene znake trenutne uznemirenosti i psiholoških teškoća dok je taj procenat gotovo dvostruko manji u populaciji muškaraca, odnosno iznosi 35.8%. Ovi nalazi jasno ukazuju na potrebu za programima spacifično usmerenim na psihosocijalnu podršku ženama izbeglicama i migrantkinjama na lokacija na kojima Crveni krst Srbije sprovodi svoje programe i aktivnosti. Pored toga, rodna disproporacija u broju psihološki ugroženih otvara pitanje dostupnosti adekvatnih usluga usmerenih na mentalno zdravlje žena iz izbegličke odnosno migrantske populacije. Poseban izazov u pružanju usluga usmerenih na mentalno zdravlje predstavlja podatak da samo 26.2% izbeglica i migranata kod sebe prepoznaju znake psihološke vulnerbilnosti, te samo njih 6.2% je razmišljalo ili zatražilo pomoć.

Drugim rečima, znatno veći broj izbeglica/migranata doživljavaju teškoće u domenu mentalnog zdravlja, ali iz različitih razloga ne uspevaju da te simptome kod sebe prepoznaju, a čak i onaj manji broj njih koji prepozna znake psiholoških teškoća, veoma retko aktivno traži pomoć. Stoga je neophodno raditi na razvoju efikasnih sistema identifikacije psihološki vulnerabilnih i pružanju informacija o dostupnim uslugama i sistemima podrške kako bi bila obezbeđena pravovremena podrška, te kako bi se implementirale intervencije u ranoj fazi razvoja teškoća u domenu mentalnog zdravlja.

SIMPTOMATOLOGIJA I ZNACI PSIHOLOŠKE VULNERABILNOSTI

Većini pripadnika izbegličke i migrantske populacije zajedničko je to što su u zemlji porekla ili tokom puta doživeli različite traume. Trauma je medicinski termin koji označava povredu - psihološka trauma odnosi se na povredu psihičkog stanja osobe i predstavlja individualni doživljaj, odnosno psihološki efekat nekog visoko uznemirujućeg (traumatičnog) događaja. Definisanje opsega događaja koji bi se mogli smatrati „traumatskim“ otežava činjenica da psihološke posledice istog događaja nisu iste kod svih ljudi, kao i da postoje individualne razlike u tome koji se događaji doživljavaju kao visoko uznemirujući. U skladu sa tim, psihološki odgovor na neki događaj zavisiće kako od samog događaja tako i od percepcije i karakteristika osobe koja je događaj doživela.

Ipak, postoje kategorije događaja koji se mogu smatrati traumatskim za najveći broj ljudi a to su: događaji ili serija događaja koji direktno ili indirektno ugrožavaju život ili fizički integritet, uključujući doživljavanje teških telesnih povreda ili seksualno zlostavljanje; svedočenje nasilnoj smrti, teškoj fizičkoj povredi ili situaciji koja je bila ugrožavajuća za život ili fizički integritet neke osobe; saznanje da se takav događaj dogodio članu porodice ili nekoj veoma bliskoj osobi; i kontinuirana izloženost zastrašujućim detaljima ili posledicama takvih događaja. Podaci o traumatskim iskustvima izbeglica u Srbiji pokazuju da je preko 80% njih doživelo šest i više traumatskih iskustva u zemlji porekla, pre nego što su se uputili na put ka Evropi (Vukčević Marković, et al 2017, 2018).

Dodatno, dugačak i često opasan put sa sobom nosi nova teška iskustva koja uključuju provođenje vremena u centrima za azil koji od privremenih često prerastaju u trajnija smeštajna rešenja, improvizovanim skloništima i na otvorenom, put preko mora nesigurnim čamcima i pretrpanim brodovima, boravak u nehigijenskim uslovima bez pristupa hrani i vodi, ali i individualna traumatična iskustva kao što su razdvajanje od porodice i/ili prijatelja, teške fizičke povrede, boravak u pritvoru, ali i primoravanje na seksualne i kriminalne radnje od strane krijumčara. Sve ove traume predstavljaju značajne faktore rizika koji imaju akutni negativni uticaj na mentalno zdravlje, ali mogu ostaviti i dugoročnije posledice ukoliko pravovremena reakcija i podrška izostane.

Kada su traumatska iskustva izbegličke populacije u pitanju, najčešće se govori o kolektivnim traumatskim iskustvima koja su zajednička za većinu osoba koje dolaze iz neke zemlje. Tako se poseban akcenta stavlja na traume koje su povezane sa ratnim zbivanjima (rušenje i uništavanje naselja, izloženost oružanim sukobima, bombardovanju i sl.), prirodnim ili humanitarnim katastrofama koje pogađaju čitave zajednice. Ipak, važno je imati u vidu da postoje i individualna traumatska iskustva – odnosno ona koja su se dogodila jednoj ili nekoliko osoba, a koja nisu karakteristična za celokupnu populaciju. Tako, osoba koja je svoj put ka Evropi započela sa ciljem ostvarivanje većeg kvaliteta života u ekonomski povoljnijim uslovima može tokom tog puta doživeti ozbiljne traume kao što su iznenadna ili nasilna smrt člana porodice, prinudni boravak u pritvoru ili teške fizičke povrede. Stoga je iz perspektive mentalnog zdravlja, kada se procenjuje vulnerabilnost osobe pored kolektivnog neophodno u obzir uzeti i individualno iskustvo svake osobe, uzimajući u obzir iskustva u zemlji porekla, ali i različita iskustva koja je osoba mogla da doživi tokom puta.

POST-TRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Tokom dana se bavim decom, i delimično uspevam da ne mislim na prošlost. Noću je, ipak drugačije. Jako loše spavam, često imam strašne noćne more u kojima kao da ponovo proživljavam sve što mi se desilo. Najčešće se probudim u pola noći, prestravljena, i ne mogu ponovo da zaspim. Najteže mi je zbog dece jer se plašim da nekada previše burno regujem na sitnice, nekada im ne dam da izađu napolje jer imam osećaj kao da će se ponovo nešto strašno desiti, nekad čujem zvukove koji me plaše – znam da nisu pravi ali se idalje preznojim i treba mi vremena da se smirim.

Žena (29 godina) iz Avganistana

Post-traumatski stresni poremećaj (PTSP) je poremećaj mentalnog zdravlja koji se javlja kao posledica izloženosti ekstremnom stresu, odnosno nakon doživljavanja jednog ili više traumatskih iskustava. Pomenuta traumatska iskustva uključuju, ali nisu ograničena na izloženost ratu u ulozi vojnika ili civila, izloženost pretnji ili realizovanom fizičkom napadu, silovanju, terorističkom napadu itd. PTSD predstavlja jedan od najprominentnijih poremećaja mentalnog zdravlja u populaciji izbeglica, posebno onih koji dolaze iz ratom zahvaćenih područja te je PTSP simptomatologija i do 70 puta češća u izbegličkog nego opštoj populaciji. Prevalenca PTSD-a je nešto niža od 3% u većini zemalja, na primer prevalenca ovog poremećaja je 2.3% u Južnoj Africi, 2.2% u Španiji, 2.4% u Italiji, 1.3% u Japanu itd. (Atwoli, et al. 2015). U opštoj populaciji u evropskim zemljama prevalenca PTSD-a nalazi se u opsegu od 0.56% do 6.67% (Wittchen, 2010), dok kod izbeglica dostiže i do 40% (Tekin, et al 2016).

Simptomatologija PTSD-a može biti različita u zavisnosti od velikog broja personalnih i situacionih faktora, kao i stadijuma razvoja poremećaja odnosno faza oporavka od traume, ali po pravilu uključuje:

Intruzije koje predstavljaju ponavljana, nevoljna, nametljiva sećanja na traumatski događaj koje osoba nije u mogućnosti da kontroliše a koji je uznemiravaju. Neretko su u simptomatologiji prisutni ponavljani, uznemirujući snovi u vezi sa traumom (košmari) i disocijativne reakcije tokom kojih osoba dela ili se oseća kao da ponovo proživljava traumu (tzv. flešbekovi). Osoba ima doživljaj da je sećanja na događaje „napadaju" i da ona ne može da ih se otarasi. Dodatno, osoba doživljava intenzivnu ili prolongiranu psihološku uznemirenost i/ili fiziološku pobuđenost (znojenje, ubrzano kucanje srca, brzo, plitko disanje) usled izlaganja stimulusima koji se povezuju sa traumom – to mogu biti slične situacije ili detalji koje osoba ima u sećanju zajedno sa traumatskim iskustvom.

Izbegavanje stimulusa povezanih sa traumatskim događajem. Ovaj aspekt simptomatologije odnosni se na nastojanje ili uspešno izbegavanje sećanja, misli i osećanja koja su direktno ili blisko povezana s traumom (npr. osoba se zaokuplja različitim aktivnostima kako bi sprečila javljanje misli i sećanja), kao i nastojanje ili uspešno izbegavanje ljudi, mesta, aktivnosti i objekata koji pobuđuju uznemirujuća sećanja, misli ili osećanja a koje osoba povezuje sa traumatskim događajem (u izbegličkoj i migrantskoj populaciji to mogu biti reka/more, šuma, podrum/tavan, male i slabo osvetljene prostorije, mesta na kojima je prisutna vojska ili policija, isl.). Na ovaj način, osobe koje su proživele teška traumatska iskustva pokušavaju da se u što većoj meri distanciraju od tih događaja i smanje njihovu prisutnost u mislima kako bi lakše uspostavile normalan obrazac svakodnevnog funkcionisanja.

Na fiziološkom nivou, ovaj simptom najčešće se manifestuje kao preznojavanje i ubrzan rad srca u kontaktu sa stimulusom koji je povezan sa traumom te osoba svesno ili implicitno izbegava situacije i stimuluse koji bude takvu reakciju.

Negativne kognicije i emocije povezane sa traumatskim događajem. Negativne kognicije odražavaju se kroz nemogućnost prisećanja važnih aspekata traumatskog iskustva (npr. osoba ne može da se seti aktivnosti koje su prethodile traumatskom događaju ili ključnih aspekata samog događaja npr. tačnog mesta, doba dana, broja osoba koje su bile prisutne i sl.), zatim prisustvo preuveličanih negativnih uverenja u vezi sa sobom i svetom (npr. „Ja sam loša osoba“, Ovaj svet je zlo mesto“), kao i iskrivljena razmišljanja u vezi sa uzrokom i/ili posledicama traumatskog događaja koji gotovo po pravilu vode osećanju krivice usled pripisivanja odgovornosti za događaje sebi i svojim postupcima. Pored krivice, negativne emocije uključuju i druga negativna emocionalna stanja poput straha besa, stida i često su praćene vidno smanjenom zainteresovanošću za učestvovanje u važnim aktivnostima, zatim nemogućnost doživljavanja pozitivnih emocija poput sreće, zadovoljstva, ljubavi, kao i osećanje otuđenosti od drugih ljudi. Tako se kod osoba koje pate od PTSD-a veoma često sreće emocionalna „otupljenost“ - kontinuirani osećaj praznine i nemogućnosti doživljavanja punog spektra emocija, te adekvatnog emotivnog reagovanja na spoljašnje stimuluse. Drugim rečima, osoba može delovati nezainteresovano i „odsečeno“ od onoga što se oko nje dešava – ne primer može ostati potpuno „hladna“ kada joj neko saopšti negativnu vest ili pak ne pokazivati znake sreće i zadovoljstva kada sazna pozitivne vesti.

Povišena pobuđenost i reaktivnost u vezi sa traumatskim događajem koji se mogu manifestovati kroz iritabilnost usled minimalnih ili čak nepostojećih provokacija. Takođe, događa se da osoba bude agresivna i/ili ima izlive besa na izgled bez ikakvog razloga. Često se primećuje da osoba sa PTSP-om pokazuje povećan oprez i spremnost za reagovanje, te se stiče utisak da je osoba „na ivici" (da se lako trgne, uplaši i uznemiri u kontaktu sa neugrožavajućim stimulusima iz okruženja). Takođe, može se javiti nesmotreno i samopovređujuće ponašanje, kao i problemi sa koncentracijom i spavanjem. Ovi simptomi često se razvijaju kao adaptacija na boravak u uslovima visoke nesigurnosti i izloženosti kao što su na primer skrivanje od pripadnika neprijateljske vojske ili pripadnika policije, ili iskustva iznenadnih oružanih napada, napada na lični i fizički integritet isl. Tako osoba može delovati napeto, nepoverljivo i spremno da „pobegne", uprkos tome što je u tom momentu na sigurnom mestu.

Prema Međunarodnoj statističkoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10) Svetske zdravstvene organizacije (WHO) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-V) Američke psihološke asocijacije (APA) kao kriterijumi za dijagnostiku PTSD-a uzimaju se doživljena trauma (tj. traumatski događaj je nužan uslov za postavljanje dijagnoze), koja je praćena barem jednim od simptoma iz svake od pomenute četiri kategorije, koji traju minimum mesec dana i uzrokuju značajnu uznemirenost ili pogoršanje u socijalnoj, poslovnoj i drugim značajnim sferama svakodnevnog funkcionisanja. Ipak, treba imati na umu da tok i oporavak od bolesti može biti veoma kompleksan – tako se izražena simptomatologija PTSP-a može javiti neposredno nakon traumatskog događaja, i relativno brzo u potpunosti nestati, dok je moguće da osoba inicijalno ne ispoljava nikakve simptome, ali da se nakon nekog perioda oni jave (tzv. odloženi PTSP) i postanu relativno intenzivan i dugotrajan problem.

Inicijalna procena simptoma PTSP-ja sa korisnicima psihosocijalnih programa i aktivnosti Crvenog krsta Srbije, pokazala je da njih **14.2%** doživljavaju indikativne nivoe simptoma post-traumatskog stresa. Tako, **25.1%** iako su sada van životne ugroženosti ponovno proživljava traumatsko iskustvo (tj. imaju intruivne misli i sećanja na traumatke događaje); **26.2%** imaju fizičke simptome i reakcije pri susretu sa različitim aspektima traumatskog iskustva (ekcesivno znojenje, ubrzan rad srca i sl.); 35.9% imaju teškoće u emocionalnom funkcionisanju (osećaju se „prazno“, osećaju tugu ali istovremeno ne mogu da te emocije na adekvatan način iskažu ili da zaplaču, osećaju teškoće u doživljavanju pozitivnih emocija čak i kada su u situaciji koja bi trebalo da ih čini srećnim); **25.8%** su napeti i kontinuirano „na opezu“ da se nešto nepredviđeno ne desi.

Iako različite studije pokazuju da se simptomatologija povezana sa PTSP-jem uopšteno češće javlja kod muškaraca nego kod žena (primarno zbog prirode traumatskih iskustva tokom rata ili oružanih sukoba); u populaciji izbeglica i migranata u Srbiji, ne beleže se takve rodne razlike u zastupljenosti PTSP simptomatologije. Tako se izraženi simptomi post traumatskog stresa javljaju kod **13.8%** muškaraca i **14.7%** žena, pri čemu su kod žena značajno izraženiji simptomi koji uključuju košmare i teškoće u domenu emocionalnog funkcionisanja.

Za mene je sve ovo novo, nikada se nisam ovako osećao. Ja sam mislio da se meni nikad neće ništa od ovga desiti jer sam uvek bio mentalno jak – šta god da se desi ja nešto smislim, koji god problem da bude ja ga rešim. I nikada nisam bežao ni od čega, jer sam znao da sam jak. Sada kao da sebe ne prepoznajem, ne bih znao da objasnim šta mi je ali nekad se brzo iznerviram, napet sam i samo bih nešto radio, bilo šta – ali mi ne ide, kao da ne mogu da se fokusiram.

Muškarac (35 godina) iz Somalije

Kada se posmatraju podaci o prevalenci PTSP-a u populaciji izbeglica i migranata do kog su različite evropske zemlje došle tokom ili neposredno pre takozvane *izbegličke krize,* čini se da postoje visoko izražene potrebe kako za specijalizovanim intervencijama usmerenim na mentalno zdravlje tako i dugoročnim programima psihosocijalne podrške. Naime, studija koju je sproveo Švedski Crveni krst (Tinghög, Arwidson, Sigvardsdotter, Malm, & Saboonchi, 2016) pokazala je da 30% izbeglica koje su u Švedskoj dve godine i kraće pokazuje simptome PTSP-a. Nadalje, u Švajcarskoj 23% izbeglica su dijagnostifikovani sa PTSP-om (Heeren et al., 2012), dok podaci iz Danske pokazuju da samo 20% izbeglica sa PTSP simptomatologijom zatraži pomoć, uprkos postojanju različitih i visoko dostupnih tretmana za izbeglice koje su preživele traume i/ili se suočavaju sa teškoćama u domenu mentalnog zdravlja (Acarturk et al., 2015; Stammel et al., 2017). Tome u prilog govore i podaci iz Holandije (Laban, Gernaat, Komproe, & De Jong, 2007), prema kojima je ovaj broj još niži, odnosno oko 9% izbeglica sa teškoćama u domenu mentalnog zdravlja poseti neku od institucija u kojima se pružaju usluge mentalnog zdravlja.

Ovi podaci direkno ukazuju na potrebu za identifikacijom barijera i teškoća u pristupu raspoloživim uslugama usmerenih na prevenciju i negu teškoća u domenu pshičkog funkcionisanja. Naime, postavlja se pitanje u kojoj meri su usluge mentalnog zdravlja stvarno dostupne i prilagođene pripadanicima izbegličke populacije, čak i u zemljama sa najrazvijenijim sistemima usmerenim na očuvanje mentalnog zdravlja. Dodatno, podaci da veoma mali broj izbeglica kojima je pomoć potrebna tu pomoć i zatraže, otvara pitanje kulturološke prilagođenosti tih usluga kao i genetalnog poverenja u institucije. Pored toga postavlja se pitanje na koji način se izbeglice informišu o dostupnim servisima, odnosno da li se informacije prenose na adekvatan, kultuno prilagođen način. Konačno, čini se da glavni izazov leži u pronalaženju načina za uspostavljanje poverenja na individulanom i sistemskom nivou, koje će voditi tome da veći broj onih kojima je pomoć potrebna tu pomoć i dobiju.

Kako učiniti usluge mentalnog zdravlja dostupnijim?

- ***Struktuirane aktivnosti u zajednici*** – mali broj osoba će se samostalno odlučiti na preventivni pregled i inicijalnu procenu mentalnog zdravlja, stoga je potrebno razviti i implementirati programe u zajednici preventivnog karaktera koji bi bili neugrožavajući, a omogućili stvaranje poverenja, identifikaciju osoba kojima je potrebna dodatna podrška i prostor da se osobe samoinicijativno obrate za pomoć.
- *Razumevanje i poštovanje kulturnih obrazaca* – uspostvljanje poverenja značajno zavisi od razumevanja i poštovanja kulturnih obrazaca i normi ponašanja, te je važno da osobe koje pružaju usluge mentalnog zdravlja dele sistem vrednosti sa osobama kojima pružaju usluge ili ukoliko to nije moguće, budu dobro upoznate sa kulturnim normama i vrednostima osoba kojima pružaju usluge.
- *Destigmatizacija psihičkih teškoća* – kako bi se umanjio otpor prema tretmanu psihičkih teškoća neophodno je jasno komunicirati ove teškoće kao uobičajan normalan odgvor na stresne događaje, te izbegavati preuranjene dijagnoze i farmakološku terapiju.

DEPRESIJA

Osećam se kao da ništa ne mogu da uradim kako treba. Ujutru mi je jako teško da ustanem iz kreveta, nemam volje ni za čim, a i kada ustanem, ne vidim više nikakav smisao, niti imam nadu da će se ova situacija ikada promeniti. Kažu mi da samo treba malo da se potrudim, a ja nemam snage ni za šta. Više me ništa ne čini srećnim – ni ljudi oko mene, ni sport, ni filmovi koje sam voleo da gledam – nekako kao da je sve izgubilo smisao i da jednio što mi preostaje je da zaspim i ne budim se.

Dečak (17 godina) iz Avganistana

Depresivni poremećaji predstavljaju nadređeni termin za brojne negativno polarisane poremećaje afekta koji se među sobom razlikuju po etiologiji, simptomatologiji, trajanju i prognozi. Velika depresivna epizoda predstavlja najčešći i najpoznatiji depresivni poremećaj koji karakteriše očigledna promena u afektu, kogniciji i neurovegetativnom funkcionisanju. Prevalenca različitih oblika depresije je u svetu nešto manja od 5%, pri čemu su poremećaji depresivnog spektra u gotovo svim zemljama učestaliji kod žena nego kod muškaraca (WHO, 2017). Prevalenca depresije je viša u zapadnim zemljama (>5%) nego u zemljama Azije, uključujući i bliski istok gde se kreče oko 4% (WHO, 2017). Kada se posmatraju zemlje Evrope, u starosnoj grupi 25 do 34 godine prevalenca depresivnih poremećaja se nalazi u rasponu od 4% do 13% (ESE, 2017). Sa druge strane, prevalenca depresije u zemljama iz kojih u Srbiju dolazi najveći broj izbeglica je uglavnom manja od 4%, npr. u Avganistanu je 2015. godine zabeležena prevalenca od 3.3% (WHO, 2017).

Skorašnja meta-analiza je ukazala na značajno više stope depresije u populaciji migranata nego u domicijalnoj popuaciji na teritoriji zapadne Evrope, koja dostiže čak 20% (Janssen-Kallenberg, et al., 2017). U prilog tome da migracije, a posebno izbeglištvo ima visok uticaj na razvoj depresivne simptomatologije pokazuju podaci da je prevalenca depresije među izbeglicama iz Sirije oko 44%, dok je prevalenca depresije u Siriji pre rata bila 6.5% (Naja, et al. 2017). Rizik od depresije takođe povećavaju tragični događaji kao što su gubtak bliske osobe ili celokupne imovine, zatim smanjeni ili onemogućeni kontakt sa bliskim osobama ali i otežano ili onemogućeno uspotavljenje normalnog obrasca savakodnovnog funkcionisanja (npr. nemogućnost pronalaženja posla, teška finansijska situacija, neadekvatni životni uslovi isl.). Takođe, depresija može biti uzrokovana socijalnom izolacijom i marginalizacijom, teškom fizičkom bolešću (najčešće kod onkoloških stanja i fizičkog invaliditeta). Konačno, postoji visoki komorbiditet, odnosno zajedničko javljanje depresvnih simptoma sa simptomimam drugih proemećaja mentalnog zdravlja kao što su PTSP, anksiozni poremećaji, poremećaji ishrane itd., te depresija predstavlja jedna od najučestalijih tegoba mentalnog zdravlja kako u opštoj tako i u izbegličkoj/migrantskoj populaciji.

Za razliku od PTSP-a koji biva uzrokovan jednim ili više traumatsih događaja, depresija često nema jasan spoljašnji uzrok, već predstvalja razultat prolongiranih nepovljnih životnih uslova, uključujući siromaštvo, neuklopljenost u društvo i zajednicu, sužen broj i kvalitet socijalnih odnosa ali i duže periode nezaposlenosti ili neproduktivnosti. Upravo zato, izbeglice i migranti predstavljaju posbno vulnerbilnu grupu za razvoj depresivne simptomatologije, jer često bivaju dugotrajnije izloženi nepovoljnim životnim uslovim nego što je to slučaj sa većinom pripadnika domicijalne populacije.

Ključni simptomi depresivnog poremećaja su ispoljavanje bilo **depresivnog raspoloženja** ili **snižene aktivnosti** i **generalne nezainteresovanosti**. Depresivno raspoloženje, se može konstatovati na osnovu posmatranja osobe (npr. osoba gotovo svakog dana većinu vremena plače ili je u setnom raspoloženju sa povremenim izlivima plača ili deluje kao da „joj je sve jedno" šta se dešava ili šta će se u budućnosti dogoditi) ili subjektivnog iskaza osobe u kom ona saopštava da se već duže vreme oseća dominantno tužno, prazno, potišteno ili beznadežno. Upadljivo umanjeno interesovanje za ili uživanje u aktivnostima manifestuje se na svim poljima, a posebno je vidljivo u aktivnostima i hobijima koji su osobi ranije pričinjavale posebno zadovoljstvo i u koje se osoba visoko investirala (npr. žena koja je veoma volela da priprema hranu i bila poznata među prijateljima i porodicom kao „glavna domaćica", sada veoma retko kuva, nema volje da ode u nabavku namirnica, a kada sprema hranu to čini bez posebne pažnje, rutinski i nezainteresovano). Na ovom mestu važno je napomenuti da depresija često zahvata i negativno afektivno stanje i odsustvo interesovanja za aktivnosti ali nije neuobičajeno da se javi samo jedan od ova dva simptoma, tj. depresivna osoba ne mora biti upadljivo tužna, plakati i pokazivati negativne emocije, jer se neretko depresija menifestuje kao „praznina u mislima i zaravljenost u afektu".

Pored pomenutih, depresivnu simptomatologiju karakteriše upadljivo **snižena energija** i **pojačan zamor** zbog kojih je osoba prinuđena da ulaže značajno više energije u obavljanje aktivnosti koje je ranije radila sa lakoćom (npr. osoba teško započinje radnje, brzo i lako se zamara i doživljava da je stalno umorna i da nema snage za obavljanje bilo kakvih aktivnosti).

Kod depresivnih osoba često su prisutni **gubitak samopouzdanja** ili samopoštovanja koji se manifestuju kroz utisak osobe da nije sposobna da stvari koje je ranije uspešno obavljala sada uradi podjednako kvalitetno (ako uopšte) kao i bezrazložno, preuveličano ili neprimereno **pripisivanje krivice** sebi samom. Nisko samopouzdanje i osećaj krivice predstavljaju značajne faktore rizika za javljanje drugih simptoma depresije, a oni su pod značajnim uticajem različitig spoljašnjih i socijalnih faktora. Tako se u migrantskoj populaciji često javlja sniženo samopoštovanje kao posledica neuspešnih napora da stigne do ciljane zemlje, nemogućnosti da komunicira na lokalnom jeziku ili upotrebi svoje veštine i znanja u novom okruženju.

> *Živeli smo teško i nismo imali mnogo toga, ali sam ja ipak bio neko koga su svi poštovali i cenili jer sam završio veterinarski fakultet u Kabulu. Kad god je neko imao problem sa stokom mene su zvali, pošto sam uvek znao kako da pomognem. I uvek bi me platili, ko je koliko mogao. Ja volim da pomažem, posebno volim da se brinem o životinjama. Sada ovde ne mogu to da radim, kažu da nikome ne treba veterinar. Ovde u kampu nema životinja, niko ne uzgaja stoku i nikome ne treba moja pomoć.*
>
> *Muškarac (24 godine) iz Avganistana*

Gubitku sampouzdanja i osećaju niže vrednosti često doprinosi i percepcija izbeglica kao osoba kojima je potrebna pomoć u svakom aspektu svakodnevnog funkcionisanja. Tako se često pretpostvlja da izbeglice nemaju znanja i veštine koje mogu biti korisne društvu, već da tek treba da ih steknu u novoj zemlji, čime se dodatno negativno utiče na mentalno zdravlje i psihološku dobrobit pripadnika izbegličke populacije.

Dodatno, depresivne osobe često imaju probleme sa koncentracijom i donošenjem odluka što se u ponašanju prepoznaje kao kolebljivost ili inertnost pri odlučivanju. Takođe, javljaju se promene u psihomotornoj aktivnosti bilo u smeru usporenosti ili uznemirenosti. Usporenost podrazumeva sporo razmišljanje i govor, smanjen broj pokreta i opštu motornu hipoaktivnost. Konačno, izmenjen apetit (bilo pojačan ili smanjen) koji vodi vidljivoj promeni telesne težine kao i problemi sa spavanjem (nemogućnost da se zaspi, učestala noćna buđenja, insomnija ili hipersomnija – predugo spavanje, teško buđenje, preterana pospanost tokom dana) česti su simptomi depresije. Pored pomenutih, važno je istaći da kod depresivnih osoba mogu biti prisutne misli o samoubistvu kao i suicidalno ponašanje, ali i druga autodestruktivna ponašanja kao što je npr. samopovređivanje. O suicidalnim idejama i namerama osoba može izveštavati na relativno suptilan način (npr. može govoriti „da je umorna od svega“, „da će problemima doći kraj“, „da nema više snage da se nosi sa ovim životom“), te je važno prepoznati ih i adekvatno i pravovremeno reagovati.

Kako preventivno delovati?

- *Socijalna podrška* – depresivna simptomatologija često sa sobom nosi socilano i emotivno povlačenje, te je četo najbolje pokazati osobi da ima na raspolganju socijalnu podršku i razumevanja ali i porstor da bude sam/a. Važno je ne vršiti pritisak na osobu da učetvuje u različitim aktivnostima, da razgovara o svojim osećanjima ili da se „razveseli“.
- *Usmeravanja na snage i osnaživanje osobe* – većina izbeglica i migranta poseduju znanja i veštine koje mogu biti korisne društvu i zajednici, te ih je potrebno identifikovati i omogućiti da se one ispolje kako bi osoba očuvala osećaj lične vrednosti i time pojačaja rezilijentnost
- *Ne saželjevati* – empatija često bude pogrešno zamenjena sažaljenjem, koje može dodatno pojačati negativne emocije i kognicije koje osoba ima i otežati joj da prepozna svoje kapicitete i snage.

Izraženi nivoi depresivne simptomatologije zabeleženi su kod **28.6%** izbeglica i migranata u Srbiji, sa izraženim rodnim razlikama. Tako je depresivna simptomatologija prisutna kod **41.7%** žena izbeglica i migrantkinja, dok je taj procenat **17.3%** u populaciji muškaraca. Ovaj nalaz u skadu je sa epidemiološkim studijama koje pokazuju da je depresija nešto zastupljenija kod žena nego kod muškaraca u i opštoj populaciji.

Kada se podaci posmatraju na nivou simptoma (tj. indikatora) primećuje se da se svaki od njih u značajnoj meri javlja kod više od jedne trećine izbeglica i migranata. Tako njih **34.1%** saopštavaju da se većinu vremena osećaju potišteno, tužno i nesrećno, dok njih **41.4.%** izveštava da se osećaju bespomoćno i beznadežno. Pored toga, njih **36.2%** saopštava da im se često dešava da počnu da plaču bez posebnog razloga. Ipak, važno je napomenuti da ovi simptomi ne predstavljaju nužno trajno emotivno stanje osobe već da mogu predstavljati prirodan i sastavni deo normalnog procesa tugovanja zbog nekog gubitka ili nemilih događaja. Stoga je važno da izbeglicama i migrantima budu na raspolaganju različiti oblici usluga koje bi na adekvatan način mogle odgovoriti na depresivnu simptomatologiju uzimajući u obzir i oslanjajući se na njen uzrok, trajanje, kao i kapacitete same osobe da se izbori sa trenutnim ili hroničnim doživljavanjem negativnih emocija.

ANKSIOZNOST

Ne umem baš da objasnim šta samnom nije u redu, ali kao da mi nešto stalno stvara pritisak i nelagodnost. U momentu se osetim uznemireno, čak i kada se ništa nije desilo, kao da iznutra treperim, kao da se tresem ili mi je naprasno hladno. Ne mogu da se smirim i uvek nešto brinem. Uglavnom sam zabrinut oko prleska granice, ali ima tu i drugih stvari – šta ako se nešto desi, šta ako nas ne puste, šta ako jednog dana neko dođe i kaže da moram da se vratim nazad u Avganistan, sta ako se nekom od mojih prijatelja nešto desi, šta ako... šta ako... šta ako i tako sve u krug i onda ne znam šta da radim sa sobom.

Muškarac (22 godine) iz Avganistana

Anksiozni poremećaji predstavljaju nadređen pojam za brojne poremećaja mentalnog zdravlja koje karakteriše neprijatno stanje strepnje, strašljivog iščekivanja ili intenzivnog straha. Prevalenca anksioznih poremećaja na svetskom nivou je oko 3.6%, a kao i u slučaju depresije učestalije se javljaju kod žena nego kod muškaraca (WHO, 2017). Najviše stope anksioznih poremećaja beleže se u najrazvijenijim zemljama (npr. Brazil - 9.3%; Norveška - 7.4%; Australija – 7.0%; Holandija – 6.4%; Sjedinjene Američke Države - 6.3%; Francuska – 6.2%; Nemačka – 5.8%), dok su stope u zemljama iz kojih u Srbiju dolazi najveći broj izbeglica oko 4%, Avganistan - 4.0%, Pakistan – 3.5%, Sirija 4.3%, i sl. (WHO, 2017). Ipak u izbegličkoj populaciji simptomi anksioznosti znatno su učestaliji nego u opštoj populaciji i javljaju se kod gotovo trećine izbeglica u Srbiji (Vukčević Marković et al 2017, 2018).

Anksiozni poremećaji se međusobno razlikuju na osnovu a) objekata (stimulusa) koji provociraju strah, anksioznost i izbegavajuće ponašanje i b) kognitivne obrade (ideacije) pomenutih stimulusa. Tako osoba može osećati strah od konkretnih stimulusa (npr. vode, šume, skučenog prostora) ali i apstraktnijih sveprožimajućih stvari kao što su budućnost, porodica, emotivni odnosi, isl. Važno je imati u vidu da se stanje straha i anksioznosti, koja se često međusobno preklapaju, ipak mogu međusobno razlikovati. Naime, strah predstavlja emotivni odgovor na predstojeću pretnju (realnu ili opaženu) koja pobuđuje organizam za borbenu (engl. fight) ili izbegavajuću (engl. flight) reakciju, dok anksioznost predstavlja reakciju na anticipiranu pretnju, odnosno potencijalnu pretnju ili očekivanu pretnju u budućnosti i uglavnom se manifestuje kroz mišićnu tenziju i povećanu budnost u pripremi za buduću opasnost ili kroz oprezno ili izbegavajuće ponašanje. Iako se, kako je već napomenuto, ideacija razlikuje kod različitih anksioznih poremećaja, simptomi anksioznosti su često slični i podrazumevaju simptome vegetativne razdražljivosti poput palpitacija (kratkotrajan osećaj nepravilnog rada srca, zastoja, preskakanja u uobičajenom srčanom ritmu), ubrzanog rada srca, znojenja, drhtanja i sušenja usta. Takođe, simptomi anksioznosti često podrazumevaju i simptome koji uključuju grudni koš i abdomen, tako da osoba često izveštava o tome da otežano diše, da ima osećaj kao da se guši, da oseća mučninu ili nelagodnost („bućkanje“) u stomaku. Opšti fizički simptomi poput toplih ili hladnih talasa ili osećaja peckanja ili obamrlosti često predstavljaju sastavni deo anksioznih poremećaja ili anksioznih napada. Ovi fizički simptomi koji čine sastavni deo anksioznosti (posebno ako su intenzivni i učestali), često mogu biti pogrešno protumačeni kao simptomi različitih fizikih stanja i bolesti – te će se osoba češće javljati lekaru za pomoć ili se osloniti na farmakološka stredtva koje bi trebalo da neutrališu ili umanje simptome.

Pored navedenih fizičkih simptoma, takođe su često prisutni i simptomi koji uključuju izmenjeno mentalno stanje, a koji se mogu manifestovati kroz doživljaj vrtoglavice, malaksalosti ili smušenosti; kroz doživljaj osobe da su objekti koji je okružuju nestvarni (derealizacija) ili kroz doživljaj nestvarnosti, otuđenosti i odvojenosti od sopstvenog tela (depersonalizacija). Uz to, mogu se javiti i izražen strah od gubitka kontrole, odnosno strah osobe „da će poludeti", onesvestiti se ili umreti.

U izbegličkoj i migrantskoj populaciji, posebno među onima koji još uvek nemaju jasno definisan pravni status javljaju se različiti oblici **strepnje zbog neizvesne budućnosti**. Ovaj oblik anksioznosti često je pojačan spoljašnjim promenjivim okolnostima, nejasnim i neproverenim informacijama, nagoveštajima negativnih ishoda različitih procedura i sl. Stoga je od velike važnosti da informacije koje se saopštavaju budu tačne, jasne i dosledne, kao i da se izbegavaja „suptilono nagoveštavanje" različitih potencijalnih negativnih ishoda (u pitanju je učestala greška pomagača koji na taj način pokušavaju da „pripreme" osobu za potencijalne negativne ishode). Takođe, važno je imati u vidu da svaka životna promena, sa sobom prirodno nosi određeni stepen anksioznosti, posbeno ako je ta promena drastična (promena zamlje u kojoj osoba živi, nov jezik, novo okruženje), te je moguće da će uz adekvatnu podršku u prilagođavanju osoba nakon stabilizacije i nekog vremena provedenog u novom okruženju u potpunosti prestati da menifestuje anksioznu simptomatologiju.

U istraživanju Crvenog krsta Srbije, izraženi nivoi anksiozne simptomatologije zabeleženi su kod **18.9%** izbeglica i migranata u Srbiji, pri čemu se izraženi simptomi anksioznosti javljaju kod **22.9%** žena izbeglica i migrantkinja i **15.5%** muškaraca iz ove populacije. Drugim rečima, nešto manje od jedne petine njih je, u odsustvu adekvatne podrške, pod rizikom za razvoj nekog od poremećaja anksioznog spektra. Sa druge strane, znatno češće se javljaju izolovani simptomi anksioznosti koji su značajnoj meri povezani sa trenutnom životnom situacijom i neizvesnom budućnošću. Tako, gotovo polovina njih (**45.6%**) saopštava da „previše misli“ - misli joj se vrte po glavi; ne može da prestane da razmišlja i da se opusti, dok njih **26.8%** oseća nervozu i saopštava da često „drhti iznutra“, a **37.2%** njih saopštava da ih „ne drži mesto“ odnosno da osećaju nervozu koju imaju potrebu da „prazne“ kroz kontinuiranu fizičku aktivnost.

Važno je imati na umu da bihejvioralne manjfestacije unutrašnjeg nemira koje predstavljaju uobičajene manifestacije anksiozne simptomatologije, u izbegličkoj populaciji često predstavljaju normalan odgovor na objektivnu neizvesnosti i nepredvidivost budućih događaja. To ne bi trebalo da umanjuje značaj ovih simptoma - naime važno ih je tretirati na adekatan način kao i u slučaju kada simptomi nisu posledica spoljašnjih okolnosti – ali je od presudnog značaja za njihovo razmevanja imanje uvida u kontekst u kom se oni javljaju.

MENTALNO ZDRAVLJE I IZAZOVI NOVOG POČETKA

Prošlost želim da ostvim iza sebe, to je težak i bolan deo mog života na koji ne želim da mislim. Sada sam ovde i počinjem ispočetka – čekam da prođu sve procedure, redovno pričam sa advokatom koji mi mogo pomaže da dobijem papire. Uh, samo da to prođe... Onda moram da vidim gde ću da živim, pošto bih da odem iz kampa. Nemojte pogrešno da me shavtite – u kampu je sve dobro, samo bih ja više voleo da budem u nekom stanu u kom ću biti svoj na svom, gde dođem kući kad god želim i gde ručam ono što sam spremim, ako me razumete. Moram i što pre da nađem posao, bilo kakav za početak samo da malo stanem na noge. Jedino što se sada malo plašim je da li ću sve to uspeti, na momenat mislim kako ja to sve mogu, onda me obuzme osećaj da nisam više sposoban da bilo šta radim. Rekao sam da se trudim da ne mislim na prošlost, ali nekada mi krenu misli same od sebe i onda ne mogu da ih zaustavim. Nadam se samo da će sve vremenom doći na svoje.

Muškarac (25 godina) iz Iraka

Nakon napuštanja zemlje porekla kom su često prethodila bolna i traumatska iskustva, i suočavanje sa različitim rizicima tokom puta, osobe u potrebi za međunarodnom zaštitom dolaze u zemlje u kojima bi trebalo da počnu da grade novi život. Ova faza, koja uglavnom podrazumeva kako rešavanje egzistencijalnih pitanja, pokušaj ponovnog uspostavljanja kontrole nad sopstvenim životom, tako i stabilizaciju psihološkog stanja i prolazak kroz faze oporavka od traume, sa sobom donosi nove izazove i rizike po očuvanje mentalnog zdravlja i psihološke stabilnosti.

Uobičajeno proces oporavka od traume i prevazilaženje traumatskih iskustava prolazi kroz nekoliko faza. U prvoj fazi – **fazi stabilizacije** – osoba pokušava da uspostavi osećaj bezbednosti i sigurnosti, da izađe na kraj i upravlja teškim i ugrožavajućim osećanjima. Ova faza, obično traje od nekoliko dana do nekoliko nedelja ali može potrajati i do nekoliko meseci i godina u zavisnosti od okolnosti u kojima se osoba nalazi. Druga faza – **prepoznavanje i žaljenje** – uključuje aktivan rad na prepoznavanju i psihološkoj obradi traumatskog iskustva, te je osobi neophodan prostor za žaljenje, prihvatanje gubitaka, i izražavanje osećanja. U ovoj fazi osoba će pokušati da sebe redefiniše u kontekstu značajnih događaja, odnosa i novonastalih okolnosti, u čemu će joj često biti neophodna grupna ili individualna psihosocijalna podrška. Trajanje ove faze u mnogome zavisi od ličnih kapaciteta, raspoložive socijalne podrške i celokupne životne situacije u kojoj se osoba nalazi. Konačno u poslednjoj fazi – **faza integracije** – preduzimaju se konkretni koraci ka osnaživanju i osoba aktivno preuzima odgovornost za sopstvenu budućnost. Cilj ove faze je da osoba povrati samopoštovanje, veru u sopstvene sposobnosti i kapacitete kao i nadu za bolju budućnosti koja nije definisana samo događajima iz prošlosti.

Ključ za uspešan prolazak kroz ove faze predstavlja stabilno i negujuće okruženje, kao i snažna socijalna podrška. U izbegličkoj populaciji, pak postoji veći broj prepreka i otežavajućih okolnosti koji negativno utiču na integraciju traume i ponovno uspostavljanje psihičkog blagostanja. Naime, izbeglice ali i migranti se gotovo po pravilu suočavaju ne sa jednim već sa velikim brojem traumatičnih iskustva – te dok se osoba oporavlja od jednog traumatskog događaja njeni kapaciteti bivaju ponovno narušeni novim nemilim događajima, što dovodi do kompleksnih oblika psihološke vulnerbilnosti.

Takođe, dolazak i građenje života u novoj zemlji sa sobom nosi mnogobrojne stresore, među kojima su: postupak azila, rešavanje egzistencijalnih pitanja, integracija u zajednicu i kulturološko prilagođavanje. Svaki od njih na specifičan način predstavlja izazov za mentalno zdravlje, a teškoće u domenu mentalnog zdravlja mogu biti dodatna prepreka u ostvarivanju prava i integraciji.

TEŠKOĆE U DOMENU MENTALNOG ZDRAVLJA: IZAZOV ZA TOK I ISHOD POSTUPKA AZILA

Postupak azila, na način na koji se on sprovodi u Srbiji ali i u svim drugim zemljama, po pravilu uključuje davanje iskaza o traumatskim iskustvima koje je osoba doživela pre svega u zemlji porekla. Kako osoba često u momentu saslušanja nije prošla kroz sve faze oporavka od traume, ovaj postupak nosi sa jedne strane rizik od retraumatizacije (ponovno proživljavanje nedovoljno obrađenih traumatskih iskustava), dok sa druge strane postavlja pred osobu zahteve koje ona zbog svog psihološkog stanja možda neće biti u mogućnosti da u potpunosti ispuni. Naime, jedan od simptoma PTSP-a predstavlja nemogućnost prisećanja svih relevantnih aspekata traumatskog iskustva (npr. tačnog mesta, doba dana, događaja koji su prethodili ili se desili neposredno nakon traume), što može negativno uticati na procenjenu verodostojnost iskaza osobe. Takođe, postojanje predrasuda o tome na koji način se ispoljavaju različite psihološke teškoće može dovesti do izvođenja pogrešnih zaključaka o psihičkoj stabilnosti odnosno spremnosti osobe da se suoči sa stresnim i izazovnim, a pritom visoko relevantnim situacijama u okviru postupka azila.

Koje psihičke teškoće mogu negativno uticati na tok i ishod postupka azila ?

- *Intruzije* – tokom razgovora osobi mogu navirati neželjene slike događaja i uznemirujuće scene, te je neophodno dati prostora da se osoba umiri i/ili prekinuti razgovor
- *Izbegavanje* – osoba može odbiti da razgovara o za proceduru relevantnim prošlim događajima, posebno ako oni bude osećaj krivice i sramote (npr. neželjeni seksualni odnosi, fizičko zlostavljanje, mučenje, primoravanje na učešće u radnjama koje osoba smatra nemoralnim i nepoštenim i sl.)
- *Zaboravljanje i potiskivanje* – osoba može biti nedosledna u iskazu, saopštavati da ne može da se priseti detalja događaja ili pak u dva relativno vremenski udaljena razgovora dati kontradiktorne izjave. Svi ovi oblici izmenjenih sećanja mogu biti posledica truda osobe da se priseti i rekonstruiše traumatske događaje iz prošlosti.
- Zaravnjenost afekta - osoba može imati neadekvatan emotivni ton tokom iznošenja sadržaja koji je po svim svojim karakteristikama tragičan i duboko uznemirujući. Tako osoba može govoriti o traumatskim iskustvima zaravnjenim tonom (kao da priča tuđu ili izmišljenu priču)
- Povišena reaktivnost i agitiranost - osoba može burno odreagovati na naizgled irelevantne aspekte situacije, tokom celog razgovora delovati nervozno i napeto, ili postati verbalno agresivna
- Nezainteresovanost i pojačan zamor - osoba može delovati kao da nema želju za pokretanjem azilnog postupka, delovati nezainteresovano i umorno tokom samog razgovora i biti u nemogućnosti da uloži energiju u relevantne aspekte tokom trajanja postupka.
- Anksioznost i nepoverenje – osoba može delovati uplašeno i nepoverljivo, te nespremno da otvoreno govori o sebi i ranijim događajima. U izbegličkoj populaciji često se sreće nepoverenje u institucije i sistem te osoba može prikrivati relevantne informacije u strahu da će nju ili njenu porodicu ugroziti „odavanje“ određenih informacija.

Ljudi se obično iznenade kada se prvi put susretnu sa tim da tuga i žalost nisu jedini odgovori na traumu. U zavisnosti od različitih personalnih i situacionih faktora ali i faze, odnosno stadijuma prevladavanja i integracije traume osoba može pokazivati različite emocije – može biti u nemogućnosti da o događaju govori, može biti hladna i odsečna – gotovo besna i ljuta, može govoriti bez ijedne emocije kao da se to nekom drugom desilo, a može i plakati sve vreme. Važno je ne oslanjati se na sopstvena ubeđenja o tome kako „traumatizovana osoba" treba da se ponaša kada smo u situaciji donošenja za osobu važnih odluka.

Supervizor za usluge mentalnog zdravlja

Kako bi se u okviru postupka azila donela adekvatna odluka i kako sam postupak ne bi dodatno ugrozio osobe koje su često već psihološki vunerabilne, neophodno je dodatno raditi na razvoju svesti i znanja o manifestacijama različitih psiholoških teškoća kao i simptomatologije povezane sa traumom. Takođe, važno je podići svest svih aktera o tome koje psihološke teškoće prate sa traumom povezanu simptomatologiju te mogu predstavljati prepreku za dobijanje potpunih i tačnih informacija od osobe koja se nalazi u postupku azila. Nadalje, neophodno je izvršiti adekvatnu procenu spremnosti osobe za učešće u postupku azila kao i adekvatnu pripremu za potencijalno stresne i neprijatne situacije u kojima se može naći tokom samog postupka. Konačno, pre i tokom samog trajanja postupka neophodno je obezbediti kontinuiranu negu i podršku mentalnom zdravlju osobe kako ne bi došlo do narušavanja kapaciteta i pozitivnih aspekata psihološkog funkcionisanja.

Kada razmišljamo o tome na koji način trauma i PTSP mogu uticati na pamćenje, važno je imati na umu kompleksnost ove veze, odnosno različite faktore za koje je pokazano da mogu dodatno otežati pamćenje traumatskih iskustava. Tako je pokazano da: 1) Repetitivne i dugotrajne traume češće dovode do poremećaja pamćenja u odnosu na one koje su se dogodile samo jednom; 2) Traumatsko iskustvo koje je načinjeno od strane drugog ljudskog bića je u većoj meri povezano sa poremećajima pamćenja, u odnosu na prirodne ili slučajne katastrofe 3) Mlađe osobe se teže od starijih prisećaju svog traumatskog iskustva 4) Poremećaji pamćenja će se pre javiti kod osoba koje očekuju nerazumevanje i osudu od svoje zajednice, u odnosu na one koji imaju dostupnu socijalnu podršku i razumevanje zajednice (Sidran Institute, 1994).

Većina izbeglica i migranata je doživela multiple traume, odnosno višestruka traumatska iskustva u zemlji porekla, a nakon toga i tokom puta ka sigurnom odredištu. Velika većina trauma koje dožive odnose se na iskustva sa pripadnicima paravojnih formacija, policije, krijumčara i pripadnika lokalnih zajednica u različitim zemljama (Purić & Vukčević Marković, submitted; Vukčević, Momirović, & Purić, 2016). Dodatno, važno je imati u vidu da deca čine između 30% i 50% izbeglica i migranata u Srbiji. Konačno, izbeglice i migranti neretko pričaju o strahu da o nekim traumatskim iskustvima otvoreno govore, zbog osude i stigmatizacije kako unutar svoje zajednice, tako i od strane lokalnih zajednica zemalja u kojima pokušavaju da ponovo izgrade svoj život.

MENTALNO ZDRAVLJE I IZAZOVI INATEGRACIJE U LOKALNU ZAJEDNICU

Lokalna zajednica predstavlja najveći resurs za očuvanje mentalnog zdravlja osobe, ali i postavlja specifične izazove, posebno za pripadnike izbegličke populacije. Naime, integracija u lokalnu zajednicu često je otežana usled jezičke barijere, ali i predrasuda koje postoje prema migrantskoj i izbegličkoj populaciji, a koje mogu biti posebno izražene u kulturološki i etnički homogenim zajednicama. Ovakva situacija dodatno negativno utiče na osećaj izolacije i usamljenosti kod pripadnika izbegličke populacije. Kako su mnogi od njih napuštanjem zemlje porekla u značajnoj meri izgubili socijalnu podršku koju osoba ima kada živi okružena prijateljima i članovima porodice, život u socijalnoj izolaciji predstavlja jednu od ključnih prepreka psihičkom blagostanju među izbeglicama. Tome u prilog govore i podaci da izbeglice u Srbiji kao jednu od glavnih post-migracionih teškoća navode osećaj usamljenosti, izolacije i dosade (Vukčević Marković, et al. 2018). Integracija i kulturološko prilagođavanje često zavisi od spremnosti osobe da se aktivno trudi i bori sa svakodnevnom frustracijom. Za upoznavanje sa novim običajima, kulturom i normama ponašanja potrebno je uložiti dodatnu energiju i biti spreman na veliki broj neuspeha i odbijanja. Osobama koje su visoko psihološki vulnerabilne i suočavaju se različitim simptomima depresije, anksioznosti i PTSP-a to može predstavljati veliki izazov. Naime, treba imati na umu da su neke od centralnih teškoća ovakve simptomatologije snižen kapacitet za prevladavanje stresa, agitiranost i snižen prag za reakciju na negativne stimuluse.

Tako se neke od ovih teškoća sa kojima se izbeglice i tražioci azila suočavaju, ispoljavaju i kroz socijalno povlačenje ili konflikte sa drugima, gubitak poverenja u sistem, druge ljude i sebe samoga. Ovo se može manifestovati kao odsustvo poverenja u institucije, državni sistem, u pružaoce usluga sa kojima se dolazi u kontakt, a koji mogu pružiti pomoć i podršku, kao i u sumnja u sopstvene kapacitete i sposobnosti da se izbore sa aktuelnim izazovima. To može rezultirati i smanjenom motivacijom za korišćenjem dostupnih resursa, usluga i sistema podrške, kao i odbijanjem aktivnog učešća u donošenju odluka vezanih za dalji tok sopstvenog života.

Samo smo želeli da pobegnemo, onda smo razmišljali samo o tome kako da stignemo do Nemačke, pa smo čekali i pokušavali da budemo hrabri i jaki – kada smo konačno stigli i uspeli da dobijemo papire mislili smo da je našim problemima došao kraj, ali sada znamo da borba tek predstoji. Svi učimo jezik, ja ću pokušati što pre da nađem posao, moja žena se trudi da uredi našu kuću tako da bude lepa i da možemo da primimo prijatelje u goste. Ipak deci je teže – mnogo su propustili u školi, ne znaju jezik pa im teško ide učenje, primećujem da se manje smeju nego ranije i ćutljiviji su. U Srbiji je bilo puno dece u kampu i bile su neke aktivnosti za njih pa su se mnogo više igrali i družili, ovde kao da su izolovani i prepušteni sami sebi. Mi se trudimo i nadamo da će biti bolje kad prođe neko vreme ali se plašim kako će oni izaći na kraj sa svim ovim promenama.

Otac troje dece (35 godina) iz Sirije

Da izbeglice i migranti u Srbiji ne doživljavaju samo psihološke teškoće, već imaju i značajne kapacitete za prevladavanje stresa govore i podaci o zastupljenosti pozitivnih aspekata psihološkog funkcionisanja i rezilijentnosti. Tako se **53.9%** oseća optimistično u pogledu budućnosti, njih **56.2%** smatra da ima kapacitete da u životu postignu velike stvari, a **52.8%** vidi sebe kao srećnu i zadovoljnu osobu. Ovi podaci direktno govore u prilog tome da je visoka vulnerabilnost praćena visokim kapacitetima za prevladavanje, koji ako su adekvatno podržani i aktivirani mogu biti značajan protektivni faktor za razvoj poremećaja mentalnog zdravlja. Drugim rečima, simptomatologija koja se javlja u izbegličkoj populaciji pre predstavlja reakciju na akutnu životnu situaciju i prethodne traumatske događaje nego na postojanje poremećaja mentalnog zdravlja. Stoga je dostupnost različitih psihosocijalnih programa usmerenih primarno na razvoj kapaciteta prevladavanje i osnaživanje izbeglica i migranata od ključne važnosti kako bi se postojeći psihološki kapaciteti očuvali i dalje razvijali te kako bi teškoće koje osoba doživljava bile što brže prevaziđene.

Rezultati evaluacije programa koje Crveni krst Srbije sprovodi u azilnim i prihvatnim centrima ukazuju na to da više od polovine izbeglica i migranata (**52.0%)** smatra da je njihov svakodnevni život ovde ispunjen aktivnostima koje ih interesuju.

Pored toga, važno je imati na umu da teškoće u domenu mentalnog zdravlja često imaju „odložen početak javljanja“ (engl. delayed onset), te se psihičke vulnerbilnosti mogu ispoljiti u punom kapacitetu tek kada osoba uspešno reši osnovne egzistencijalne potrebe. U prilog tome govori jedna skorašnja studija o mentalnom zdravlja tražilaca azila u Nemačkoj, koja je pokazala da je broj osoba kojima je dijagnostigikovan PTSD bio niži na inicijalnom psihijatrijskom pregledu nego šest meseci kasnije, kao i da je došlo do intenziviranja simptoma PTSP-a kao što su povišena pobuđenost i izbegavanje nakon šest meseci boravka u Nemačkoj (Richter et al. 2018). Ovakvi podaci ukazuju na to da se potrebe za psihosocijalnom podrškom ne smanjuju sa vremenom provedenim u novom okruženju već da može biti i upravo suprotno. **Naime, izazovi sa kojima se osoba suočava po dobijanju trajne ili privremene međunarodne zaštite, ponekad postaju kompleksniji i teži za prevazilaženje.**

Takođe, važno je imati na umu da psihološke teškoće koje se javljaju kao odgovor na traumu ne predstavljaju trajne obrasce funkcionisanja osobe već su ta stanja dinamičke prirode i menjaju se u zavisnosti od širokog spektra ličnih i socijalnih faktora. Drugim rečima jednom identifikovane psihičke teškoće, uz adekvatnu podršku i pravovremene intervencije mogu u potpunosti nestati, dok osobe kod kojih nisu zabeležene nikakve teškoće mogu kroz određeno vreme, bez očiglednih razloga, početi da pokazuju intenzivne znake narušenog mentalnog zdravlja. Stoga je važno obezbediti kontinuirane programe psihosocijalne podrške u zajednici kako bi se usluge usmerene na mentalno zdravlje učinile dostupnijim i manje selektivnim.

Konačno, ne treba zanemariti činjenicu da su osobe sa teškoćama u domenu mentalnog zdravlja i dalje visko stigmatizovane u društvu i često percipirane kao nestabilne te potencijalno opasne po sebe i druge. Tražioci azila i migranti sa teškoćama u domenu psihološkog funkcionisanju stoga često mogu biti izloženi **dvostrukoj stigmatizaciji** – kako zbog svog porekla (kulture, religije) tako i zbog narušenog mentalnog zdravlja. Stigmatizacija i lična uverenja o prirodi mentalnih bolesti utiču u mnogome na odnos zajednice prema osobama sa mentalnim teškoćama posebno ako ove osobe pored toga imaju drugačije kulturološke obrasce i verovanja. Ipak, važno je imati na umu da negativne predrasude prema osobama sa psihičkim teškoćama, ne utiču samo na odnos zajednice prema pojedincima, već se javljaju i kod profesionalaca koji rade sa tražiocima azila i migrantima. Tako, postoji veća spremnost da se pomogne i pruži adekvatna usluga osobama koje su psihološki stabilne, visoko funkcionalne i motivisane da učestvuju u različitim programima, nego onima koji su manje emotivno stabilni, učestalo agitirani, povremeno agresivni ili kontinuirano nezainteresovani. Kako bi se izbeglo da oni koji su među najvulnerabilnijima ne dobiju adekvatnu pomoć i podršku neophodno je razviti mere usmerene na prilagođavanje usluga izbeglicama sa psihološkim teškoćama, kako onih specijalizovanih tako i onih nespecijalizovanih, usmerenih na jačanje socijalne kohezije i pripadnosti zajednici.

ZAKLJUČCI I PREPORUKE

Imajući u vidu rezultate istraživanja mentalnog zdravlja izbeglica i migranata u Srbiji, kao i bogato iskustvo Crvenog krsta Srbije i drugih organizacija u pružanju usluga psihosocijalne podrške u azilnim i prihvatnim centrima, a oslanjajući se na strateški dokument *Smernice za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja izbeglica tražilaca azila i migranata u Republici Srbiji* (WHO, 2019), kako bi se unapredila dobrobit i zaštita izbeglica i migranata potrebno je preduzeti sledeće aktivnosti:

- Potrebno je redovno prikupljanje podatka koji se tiču mentalnog zdravlja i dobrobiti izbeglica i migranata (uz poštovanje dostojanstva, autonomije i poverljivosti), kako onih koji borave u centrima za azil i prihvatnim centrima tako i onih koji se nalaze u drugačijim/specijalizovanim smeštajima/ustanovama. Prilikom prikupljanja podataka voditi računa rodnoj, uzrasnoj i kulturnoj prilagođenosti metoda i instrumenata. Ovi podaci će omogućiti bolje razumevanje potreba i u skladu sa istim informisano planiranje aktivnosti psihosocijalne podrške namenjene migranata, tražiocima azila i izbeglicama, ali i dati osnovu za na dokazima zasnovanom zagovaranju na nacionalnom i regionalnom nivou.
- Aktivno zagovarati i zalagati se za postizanje konsenzusa o tome da je neophodno obezbediti dostupnost psihološke procene kao sastavnog dela postupka azila kako bi se smanjio rizik da tražioci azila budu diskriminisani i odbijeni zbog pogrešne evaluacije ili nepostojanja psihološke evaluacije (npr. delimični gubitak pamćenja ili nemogućnost prisećanja određenih informacija može biti posledica PTSP-a, koji, bez informacije o psihičkom statusu osobe može biti pogrešno protumačen).

- Potrebno je duž migrantske rute uvesti adekvatan način praćenja zdravlja izbeglica i migranata, kako fizičkog tako i mentalnog, uz poštovanje privatnosti i prava na zdravlje (npr. zdravstveni kartoni koje će izbeglice i migranti nositi sa sobom, što će omogućiti dostupnost potrebnih usluga i lekova i smanjiti rizik od nepotrebnog ponavljanog ili višestrukog dijagnostifikovanja; odlaganja lečenja ili pravljenja pauza u lečenju i terapiji).
- Svi koji rade sa izbeglicama i migrantima bez obzira na profesiju i obrazovanje (volonteri, pripadnici policije, zaposleni u Komesarijatu za izbeglice, pripadnici nevladinog sektora i humanitarnih organizacija, i sl.) trebalo bi da prođu obuke za pružanje psihološke prve pomoći i da je na adekvatan način primenjuju kada za tim postoji potreba.
- Posebnu pažnju potrebno je posvetiti edukaciji prevodilaca koji, pored obuka usmerenih na tehnike psihološke prve pomoći treba da prođu i obuke usmerene na pružanje prevodilačkih usluga u oblasti mentalnog zdravlja, sa posebnim akcentom na razjašnjenje profesionalnih uloga i odgovornosti.
- Omogućiti adekvatan pristup informacijama o dostupnoj psihosocijalnoj podršci i uslugama usmerenim na mentalno zdravlje. Voditi računa o tome da te informacije i način pružanja informacija bude prilagođen deci, starijim osobama, osobama sa invaliditetom, nepismenim osobama, pripadnicima različitih kultura itd.

- Posebnu pažnju pri pružanju zaštite i psihosocijalne podrške treba posvetiti grupama pod rizikom: deci bez pratnje, mladim muškarcima, trudnicama, starijim osobama, žrtvama seksualnog i rodno zasnovanog nasilja, žrtvama trgovine ljudima, žrtvama torture, itd.
- Potrebno je obezbediti programe edukacije za izbeglice i migrante sa ciljem jačanja specifičnih znanja i veština (npr. psihološka prva pomoć, psihološka dobrobit, samopomoć, itd.) koje bi omogućile uspešnije suočavanje sa i prevladavanje stresa i izazova sa kojima se suočavaju.
- Potrebno je obezbediti programe koji bi jačali podršku unutar izbegličke/ migrantske zajednice, kao i vršnjačku podršku kako bi se osnažili i koristili postojeći resursi. Dodatno, potrebno je osnažiti migrante i izbeglice da uzmu aktivnu ulogu u pomaganju i pružanju podrške sebi i svojim bližnjima, kao i da prepoznaju kada je potrebno da se obrate stručnim osobama za pomoć.
- Potrebno je uspostaviti blisku saradnju i koordinaciju svih aktera koji rade sa izbeglicama i migrantima, kako bi se dostupni resursi na realističan i koordinisan način rasporedili čime bi se izbeglo preklapanje aktivnosti/usluga i na najbolji mogući način odgovorilo na identifikovane potrebe.
- Neophodno je aktivno uključivanje korisnika (izbeglica i migranata) u proces odlučivanja, kreiranje i realizaciju pograma i usluga psihosocijalne podrške kako bi ove usluge bile na adekvatan način prilagođene njihovim potrebama.

- Potrebno je posebnu pažnju usmeriti i na kontinuiranu edukaciju volontera i zaposlenih koja se odnosi kako na same procedure upućivanja tako i širu sliku funkcionisanja celokupnog sistema podrške i pomoći.
- Potrebna je kontinuirana razmena iskustva, znanja i informacija o mentalnom zdravlju izbeglica i migranata među Nacionalnim društvima Crvenog krsta i Crvenog polumeseca i njihova veća saradnja u praćenju, izveštavanju i pružanju podrške.
- Nacionalna društva Crvenog krsta i Crvenog polumeseca bi na osnovu podataka o mentalnom zdravlju mogla na nacionalnom i na globalnom nivou da zagovaraju za poboljšanje položaja izbeglica i migranata sa stanovišta pristupa zasnovanom na pravu.
- Nacionalna društva Crvenog krsta i Crvenog polumeseca kontinuirano moraju da vode računa o svojim zaposlenima i volonterima kroz redovne sastanke, supervizije, programe podrške i obuke koje se odnose na pomoć pomagačima.

WELL-BEING WALK - PRIMER DOBRE PRAKSE

U kontekstu u kom postoji veliki broj osoba kojima je potrebno pružiti humanitarnu pomoć poseban izazov predstavlja adekvatna selekcija najvulnerabilnijih i prioritizacija pružanja pomoći. Jedan od predloženih oblika neformalne psihosocijalne pomoći koji ima za cilj poboljšanje zaštite i fokusiranje psihosocijalne podrške na najvulnerabilnije pripadnike populacije predstavlja *Well-Being Walk*. Ova aktivnost uključuje jednog ili više volontera koji bi bili fizički prisutni na lokaciji na kojoj se ugrožena populacija nalazi te sprovodili trijažu kroz direktan kontakt sa ugroženim osobama oslanjajući se na vidljive znake distresa. Preciznije, cilj trijaže je da se u kratkom vremenskom periodu izvrši identifikacija urgentnih potreba te omogući blagovremeni pristup adekvatnim uslugama koje su raspoložive ne terenu.

Procena i trijaža:

Posmatrajući fizičke znake uznemirenosti, ali i pol, uzrast i druge karakteristike osobe, nakon kratkog razgovora sa osobom potrebno je izvršiti trijažu na:

1. Ne-urgentne: osobe kojima su zadovoljene sve bazične potrebe a neophodne su im dodatne informacije
2. Prioritetne – osobe koje pokazuju jasne znake uznemirenosti i kojima je neophodno pružiti psihosocijalnu podršku
3. Hitne – osobe kojima je neophodno istog trenutka pružiti pomoć i zaštitu (često su to sobe koje su pretrpele fizičke povrede ili im je potrebna trenutna medicinska nega, zatim žrtve nasilja ili trgovine ljudima, ili osobe sa izraženim psihološkim teškoćama)

Kao rezultat, očekuje se povećanje dostupnosti usluga (volonter svojim fizičkim prisustvom omogućava da se ljudi kojima je pomoć potrebna obrate za istu, kao i da spram svoje procene uputi osobu koja pokazuje znake distresa na adekvatnu podršku); poboljšanje usluga zaštite (kontinuirano fizičko prisustvo volontera predstavlja osnovu za stvaranje poverenja između pripadnika humanitarnih organizacija i ugrožene populacije te povećava šansu za identifikaciju posebno ugroženih osoba koje često zbog različitih razloga nisu u prilici da aktivno potraže pomoć – npr. žrtve porodičnog nasilja, žrtve trgovine ljudima i sl.); konačno fizičko prisustvo volontera čini da veći broj ljudi dobije prvu psihološku pomoć ili informacije od značaja, te utiče na jačanje kapaciteta za prevladavanje u ugroženoj populaciji.

Pozitivni efekti ovakvog tipa odgovora u humanitarnom kontekstu su višestruki. Ipak, kako bi se ovakvi odgovori sproveli na adekvatan i efikasan način neophodno je sprovesti obuke volontera i profesionalaca koje bi uključile način identifikacije i trijaže ugroženih osoba kao i adekvatne odgovore na potrebe za različite nivoe i tipove ugroženosti.

Adaptirano iz priručnika Maje Taker (engl. Maya Tucker)

INICIJALNA PROCENA MENTALNOG ZDRAVLJA – PRIMER DOBRE PRAKSE

U humanitarnom setingu u kom postoji veliki broj ljudi kojima je neodložno potrebna pomoć i podrška, a resursi su često veoma ograničeni, jedan od načina da se na potrebe u domenu mentalnog zdravlja odgovori na što bolji način je sistematska inicijalna procena mentalnog zdravlja ugrožene populacije.

Inicijalna procena psihološkog statusa (engl. mental health screening) za cilj ima relativno brzu i efikasnu trijažu osoba spram njihove psihološke vulnerabilnosti. Za sprovođenje inicijalne procene neophodno je osloniti se na kratke, ali pouzdane instrumente, koji su pre svega prilagođeni za rad u konkretnom setingu. Jedna od takvih instrumenata koji se može koristiti za inicijalnu procenu mentalnog zdravlja u izbegličkoj/migrantskoj populaciji je *Refugee Helath Screener (RHS-15).*

Ovaj instrument je razvijen i prilagođen izbegličkoj populaciji u smislu da sadrži relativno mali broj pitanja (ukupno 15), omogućava kako za samo-administraciju tako i za administraciju od strane pomagača, ne sadrži kompleksne tvrdnje i iskaze, kulturološki i lingvistički je adaptiran za primenu na preko 20 jezika uključujući i Arapski, Farsi, Kubanski španski, Francuski, Somalijski, Kurdski, itd. Ovaj upitnik sastoji se iz 13 tvrdnji koje opisuju najčešće tegobe u domenu mentalnog zdravlja koje se javljaju u izbegličkoj populaciji – simptomi PTSD-a, depresije i anksioznosti, zatim jednog pitanja koje procenjuje kapacitete za prevladavanje stresa, i na kraju jednog pitanja koje se odnosi na akutni distres, odnosno trenutnu uznemirenost osobe.

Ovaj instrument razvijen je u okviru *Pathways to Wellness* programa i pre upotrebe neophodno je pribaviti dozvolu.

Pored evidentne praktične vrednosti ovog instrumenta, postoji i veći broj empirijskih nalaza koji govore u prilog njegovoj utemeljenosti i korisnosti u radu sa izbeglicama i migrantima. Tako, je normativna studija pokazala da granična vrednost (cut off score) od 11 poena, predstavlja prelomnu vrednost koja je u dovoljnoj meri obuhvatana da budu detektovane osobe sa psihološkim tegobama, a istovremeno u dovoljnoj meri specifična da detektuje upravo one kojima je potrebna dodatna nega i podrška u domenu mentalnog zdravlja (Hollifield, et al 2013). Provere ovog instrumenta na populaciji izbeglica koje borave ili su boravile u Srbiji u periodu 2017-2018 godina pokazale su da je osim predloženog prelomnog skora 11, u situacijama kada populacija pod rizikom višestruko prevazilazi dostupne ljudske i profesionalne kapacitete, opravdano koristiti i „dvostruki prelomni skor" kako bi se identifikovale akutno najvulnerabilnije osobe; kao i da postoji empirijska opravdanost korišćenja odvojenih skorova za izraženost simptoma PTSP-a, depresije i anksioznosti (Vukčević Marković, Stojadinović,& Bjekić, 2019). Konačno, za administraciju RHS-15 postoje propratni materijali kao što su predlog teksta kojim se instrument predstavlja osobi kao i predlog teksta koji služi za dalje upućivanje osobe (vidi str. 49), koji se mogu prilagoditi lokalnom kontekstu ukoliko za tim postoji potreba.

Rezultati prikazani u ovoj publikaciji baziraju se upravo na primeni RHS-15 kao instrumenta za inicijalnu procenu mentalnog zdravlja i dalje upućivanje psihološki vulnerabilnih osoba.

PATHWAYS TO WELLNESS

Integrating Refugee Health and Well-Being

Refugee Health Screener-15 (RHS-15)

Farsi Version

Bilingual versions of the RHS-15 have been translated by an iterative process involving experts in the field, professional translators, and members of the refugee community so that each question is asked correctly according to language and culture. The English text is provided for reference only; using the English alone negates the sensitivity of this instrument.

DEMOGRAPHIC INFORMATION

Name: _____ Date of Birth: _____

Gender: _____ Date of Arrival: _____ Health ID: _____

Administered by: _____ Date of Screen: _____

Developed by the *Pathways to Wellness* project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The *Pathways* Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

PATHWAYS TO WELLNESS

غربالگری سلامت پناهنده-(آر اچ اس 15)

REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)

/ID: شماره شناسایی:

/DATE: تاریخ:

دستورالعمل: لطفاً با استفاده از مقیاس مندرج در هر ردیف، مشخص نمایید این علایم جسمی یا روحی در یک ماه گذشته تا چه اندازه شما را آزار داده است. در ادامه، متناسب با حال روحی خود علامت ضربدر بگذارید. اگر نشانه یا علائمی وجود دارد که در یک ماه گذشته با آن مواجه نشده اید روی گزینه «اصلاً» ضربدر بگذارید.

INSTRUCTIONS: Using the scale beside each symptom, please indicate the degree to which the symptom has been bothersome to you over the past month. Place a mark in the appropriate column. If the symptom has not been bothersome to you during the past month, circle "NOT AT ALL."

علائم جسمی یا روحی SYMPTOMS	اصلا NOT AT ALL	کم A LITTLE BIT	بطور متوسط MODERATELY	تا حدی QUITE A BIT	بسیار شدید EXTREMELY
1. دردهای عضلانی، استخوانی یا مفصلی Muscle, bone, joint pains	0	1	2	3	4
2. احساس بی حوصلگی، اندوه، یا افسردگی در اکثر مواقع Feeling down, sad, or blue most of the time	0	1	2	3	4
3. زیاد فکر کردن یا افکار زیادی در سر داشتن Too much thinking or too many thoughts	0	1	2	3	4
4. احساس درماندگی Feeling helpless	0	1	2	3	4
5. ترس ناگهانی و بی دلیل Suddenly scared for no reason	0	1	2	3	4
6. سستی، سرگیجه، یا ضعف Faintness, dizziness, or weakness	0	1	2	3	4
7. عصبیت یا لرزش درونی Nervousness or shakiness inside	0	1	2	3	4
8. حس بی قراری، آرام و قرار نداشتن Feeling restless, can't sit still	0	1	2	3	4
9. به آسانی به گریه افتادن Crying easily	0	1	2	3	4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

/ID: شماره شناسایی:

/DATE: تاریخ:

غربالگری سلامت پناهنده-(آر ایچ اس 15)

REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)

PATHWAYS TO WELLNESS

علائمی که در ذیل می آید باید مرتبط با اتفاقی در دوران جنگ و مهاجرت باشد که سبب آسیب روحی شده است.
در ماه گذشته تا چه اندازه با موارد ذیل مواجه شده اید:

The following symptoms may be related to traumatic experiences during war and migration. How much in the past month have you:

علائم جسمی یا روحی SYMPTOMS	اصلا NOT AT ALL	کم A LITTLE BIT	بطور متوسط MODERATELY	تا حدی QUITE A BIT	بسیار شدید EXTREMELY
10. آیا با این تجربه روبرو شده اید که اتفاق منجر به آسیب دیدگی دوباره برایتان زنده شود و طوری رفتار کنید یا احساس نمایید که انگار آن اتفاق دوباره برایتان رخ داده است؟ Had the experience of reliving the trauma; acting or feeling as if it were happening again?	0	1	2	3	4
11. آیا با یادآوری آن اتفاق واکنش های جسمانی (مثلاً خیس عرق شدن، یا ضربان تند قلب) داشته اید؟ Been having physical reactions (for example, break out in a sweat, heart beats fast) when reminded of the trauma?	0	1	2	3	4
12. آیا با کرختی احساسی مواجه شده اید (مثلاً احساس کنید غمگین هستید اما نمی توانید گریه کنید، یا نمی توانید احساسات دوستانه خود را نشان دهید)؟ Felt emotionally numb (for example, feel sad but can't cry, unable to have loving feelings)?	0	1	2	3	4
13. بیشتر از جا می پرید یا سریعتر دچار هراس می شوید، (مثلاً وقتی کسی پشت سر شما راه می رود)؟ Been jumpier, more easily startled (for example, when someone walks up behind you)	0	1	2	3	4

Developed by the Pathways to Wellness project and generously funded by Robert Wood Johnson Foundation, Bill and Melinda Gates Foundation, United Way of King County, Medina Foundation, The Seattle Foundation, Boeing Employees Community Fund and M.J. Murdock Charitable Trust.

© 2013 Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being

Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Well-Being is a project of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle & King County, and Michael Hollifield, M.D. of Pacific Institute for Research & Evaluation. For more information, please contact The Pathways Project at 206-816-3253 or pathways@lcsnw.org.

غربالگری سلامت پناهنده-(آر اچ اس 15)

REFUGEE HEALTH SCREENER-15 (RHS-15)

PATHWAYS TO WELLNESS

/ID: شماره شناسایی:

/DATE: تاریخ:

14. در زیر دور بهترین جواب دایره بکشید. آیا احساس می کنید که:
Circle the one best response below. Do you feel that you are:

0	می توانم با همه چیز روبرو شوم (با آن کنار بیایم) Able to handle (cope with) anything
1	می توانم با بیشتر چیزها روبرو شوم (با آن کنار بیایم) Able to handle (cope with) most things
2	می توانم فقط با بعضی اتفاقات زندگیم روبرو شوم (با آن کنار بیایم)، ولی نه با هر اتفاقی Able to handle (cope with) some things, but not able to cope with other things
3	نمی توانم با اکثر اتفاقات زندگیم کنار بیایم Unable to cope with most things
4	نمی توانم با هیچیک از اتفاقات زندگیم کنار بیایمر Unable to cope with anything

Add Total Score of items 1–14 ____

سنجش میزان پریشانی
15. Distress Thermometer

لطفاً دور عدد (۰ تا ۱۰) که میزان اضطراب شما را در هفته گذشته، شامل امروز، به بهترین شکل توصیف می نماید دایره بکشید.

Please circle the number (0–10) that best describes how much distress you have been experiencing in the past week, including today.

SCORING SCREENING IS POSITIVE IF: ❶ ITEMS 1–14 IS ≥12 OR ❷ DISTRESS THERMOMETER IS ≥5

CHECK ONE: ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE ☐ SELF-ADMINISTERED ☐ NOT SELF-ADMINISTERED

LEGAL NOTICE 2013 © Pathways to Wellness: Integrating Refugee Health and Wellbeing. Pathways to Wellness is a partnership of Lutheran Community Services Northwest, Asian Counseling and Referral Service, Public Health Seattle and King County and Michael Hollifield, MD of Pacific Institute for Research and Evaluation. All Rights Reserved.

RHS 15 UVOD (Predlog)

„Neke osobe imaju fizičke i psihičke teškoće zbog svega kroz sta su prošli i zbog toga što je veoma stresno preseliti se u drugu zemlju. Pitanja koja postavljamo nam pomažu da pronašemo ljude kojima je teško i kojima bi možda bila potrebna dodatna podrška. Sve što ovde razgovaramo je poverljivo i neće biti podeljeno ni sa kim bez vaše eksplicitne dozvole“

PONUDA ZA UPUĆIVANJE (Predlog)

„Na osnovu onoga što ste rekli čini se da vam je trenutno teško. Niste sami u tome. Mnogi ljudi u vašoj situaciji su tužni, mnogo brinu, imaju ružna sećanja ili su pod stresom zbog svega što su prošli i zato što je teško prilagoditi se na život u novoj zemlji. Ovde, ljudi koji imaju takve teškoće mogu da dobiju dodatnu podršku. To ne znači da nešto sa njima nije u redu i da su bolesni, nego ponekad ljudima treba dodtna pomoć da prevezi̇đu teške trenutke. Mogu da vas povežem sa savtenikom – to je osoba koja će pričati sa vama, slušati vas i pružiti vam podršku i pomoć. Sve što kažete toj osobi je poverljivo - to znači da ona ne sme da deli informacije koje ste joj dali ni sa kim bez vaše dozvole. Da li želite da vas povežem sa tom osobom?“

UKOLIKO KLIJENT PRIHVATI UPUĆIVANJE (Predlog)

„Možemo li sada da izdvojimo nekoliko minuta da popunimo formular za upućivanje? Ja ću vas uputiti na organizaciju koja pruža usluge savetovanja. Oni će vam tamo objasniti sve o programimima koje imaju na raspolaganju, a vi onda možete odlučiti da li želite da koristite njihove usluge“

*Preuzeto iz RHS-15 priručnika i adaptirano na srpski jezik

Pored instrumenta za procenu teškoća u psihološkom funkcionisanju i identifikacije osoba kojima je potrebno posvetiti dodatnu pažnju i negu, u kontekstu izbeglištva, a posebno dugotrajnog boravka u kolektivnim centrima za smeštaj izbeglica i migranata preporučuje se procena i pozitivnih aspekata funkcionisanja, odnosno njihove psihosocijalne dobrobiti.

U tu svrhu, konstruisan je kratak upitnik koji procenjuje dobrobit preko indikatora kao što su optimizam, samopouzdanje, zadovoljstvo životom, sreća, i sl. Dodatno, u ovaj upitnik uključeni su i indikatori narušenog blagostanja a koji su često povezani sa psihološkim teškoćama i/ili imaju posledice na uspešnost u svakodnevnom funkcionisanju, kao što su problemi sa spavanjem i ishranom, prekomerna upotreba alkohola, socijalno povlačenje ili teškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

UPITNIK O DOBROBITI

Ime i prezime _____ **Uzrast** _____ **Pol**_____ **Datum:** ...../...../..... **Prevodilac** _____ **Ispitivač**_____ **Koliko dugo posećujete aktivnosti Crvenog krsta?** _____	
1. Osećao/la sam se dobro i raspoloženo	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
2. Osećao/la sam se smireno i opušteno	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
3. Osećao/la sam se aktivno i energično	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
4. Probudio/la sam se osvežen/a i odmoran/ odmorna	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
5. Moj svakodnevni život je ispunjen stvarima koje me interesuju	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□

1. Osećam optimizam u vezi sa budućnošću	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
2. Verujem da imam kapacitet da postignem velike stvari u životu	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
3. Sve u svemu sebe vidim kao srećnu, zadovoljnu osobu	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□

1. Često se osećam umorno i slabo iako ništa ne radim	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
2. Pomišljao/la sam na to da sebe povredim	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
3. Imam probleme sa spavanjem ili time što jedem manje/ više nego što je uobičajeno	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□

1. Osećam da se na najbolji mogući način staram o svojoj porodici/ deci u datim okolnostima	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
2. Imam teškoće u ispunjavanju svega onoga što se očekuje od muškarca/ muža/ oca/ sina/ brata žene/ majke/ sestre	5 □ 4□ 3□ 2□ 1□
3. Da li ste u poslednjih nekoliko nedelja: □ Previše pili □ Upadali u tuče/ svađe □ Koristili psihoaktivne supstance/ drogu □ Provodili manje vremena sa decom/ članovima porodice □ Izbegavali razgovor sa drugim osobama u centru □ Razmišljali da tražite pomoć/ podršku od doktora/ psihologa/ drugih stručnjaka? (Ako jeste – zašto?)	

KONTINUIRANA EVALUACIJA PROGRAMA PODRŠKE – PRIMER DOBRE PRAKSE

Izbeglička kriza u svojim ranim fazama, u kojima je u Srbiju dolazilo i po nekoliko hiljada ljudi dnevno donela je potrebu za urgentnim, humanitarnim odgovorom i osnovnim zbrinjavanjem izbeglica i migranata koji su pristizali u Srbiju. Novonastala situacija rezultirala je uključivanjem velikog broja profesionalaca i volontera u pružanje zaštite, pomoći i podrške ljudima u nevolji. U narednim mesecima i godinama, kako se broj ljudi koji dnevno pristižu u Srbiju smanjivao, a dužina njihovog boravka u Srbiji produžavala, bilo je potrebno graditi sistemska, održiva rešenja i programe podrške koji će biti usmereni na pružanje kontinuirane podrške koja će se konstantno prilagođavati sa jedne strane promenama u kontekstu, a sa druge strane individualnim potrebama, izazovima i snagama izbeglica i migranata u Srbiji.

Kako bi bio u mogućnosti na adekvatan način odgovori na kompleksne uslove rada, Crveni krst Srbije vrši kontinuiranu evaluaciju aktivnosti koje sprovodi, aktivno uključujući korisnike usluga u osmišljavanje i prilagođavanje programa koji se sprovode u azilnim i prihvatnim centrima.

Evaluacija aktivnosti uključuje povratnu informaciju od učesnika neposredno nakon sprovođenja aktivnosti, kao i na mesečnom nivou. Tako, korisnici na četvorostepenoj Likertovoj skali procenjuju u kojoj meri je njima lično program bio koristan, prijatan, zanimljiv, osnažujući, prilagođen potrebama, znanju, rodu, uzrastu i kulturi. Takođe, učesnici programa redovno imaju priliku da odgovore na otvoreno pitanje u vezi sa tim da li im je neki deo programa bio posebno koristan, ili im nešto nije prijalo, kao i da daju svoje sugestije i komentare u vezi sa tim na koji način bi aktivnosti mogle da se izmene ili unaprede. Važno je napomenuti da su evaluacione forme rodno i uzrasno prilagođene.

FORMULAR ZA NEDELJNU EVALUACIJU

Godine _____; Rod_____

Koliko dugo učestvujete u *(naziv aktivnosti)?* _____

Molim vas da obeležite u kojoj meri je *(aktivnost)* bila:

	Ni malo				Veoma
	1	2	3	4	5
Korisna					
Prijatna					
Zanimljiva					
Osnažujuća					
Prilagođena vašim potrebama					
Prilagođena vašem znanju					
Prilagođena vašem rodu					
Prilagođena vašim godinama					
Prilagođena vašoj kulturi					

Od kojih ste aktivnosti imali najviše koristi? _____

Molimo da objasnite

_____

_____

_____

Da li imate ikakve sugestije ili preporuke u vezi sa tim na koji način bismo mogli da prilagodimo/unapredimo naše usluge/ naš rad?

_____

_____

Da li želite nešto da dodate? _____

_____

_____

HVALA NA VAŠEM MIŠLJENJU, SUGESTIJAMA I UČESTVOVANJU!

FORMULAR ZA EVALUACIJU INTERVJUA

1. Da li je ovaj razgovor za vas bio zamoran, povređujuć ili besmislen? NE DA
2. Da li mislite da vam je ovaj razgovor koristio, i na koji način? NE DA

   _____

3. Da li su pitanja bila jasna? NE DA
4. Da li imate neka pitanja ili sugestije? NE DA

   _____

5. Da li imate nešto da da dodate? _____

FORMULAR ZA NEDELJNU EVALUACIJU ZA DECU

Označi ono dete koje više liči na tebe

Označi koliko imaš godina

7	8	9
10	11	12
13	14	15

Kako se osećaš na aktivnostima Crvenog krsta? Molim te označi.

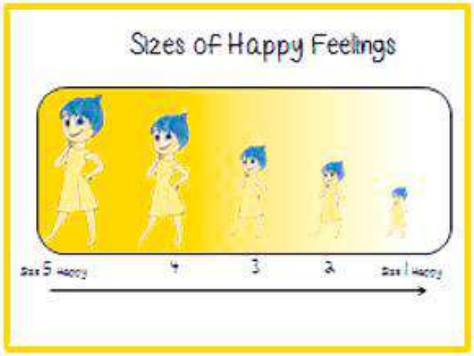
Kako se osećaš nakon igara tokom aktivnosti Crvenog krsta?

Molimo te da nacrtaš aktivnosti koje najviše voliš (obezbediti prazan list papira)

Kako ti se dopada to što na aktivnostima Crvenog krsta imaš drugare iz različitih zemalja?

Molimo te da označiš sliku koja pokazuje koliki su tvoji strahovi i brige nakon učestvovanja u aktivnostima i događajima koje organizuje Crveni krst

Molimo te da označiš sliku koja pokazuje koliko je tvoje zadovoljstvo nakon učestvovanja u aktivnostima i događajima koje organizuje Crveni krst



LITERATURA

Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Cuijpers P., & Aker T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27414.

Aragona, M., Pucci, D., Mazzetti, M., Maisano, B., & Salvatore, G. (2013). Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanità*, *49*(2), 169–175.

Buchegger-Traxler, A., & Sirsch, U. (2012). The impact of risk and protective factors on mental health and well-being - Austrian adolescents and migrant adolescents from war-affected countries. *Italian Journal of Public Health*, *9*(3).

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, *21*(1), 140–151.

Cantekin, D., & Gençöz, T. (2017). Mental Health of Syrian Asylum Seekers in Turkey: The Role of Pre-Migration and Post-Migration Risk Factors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *36*(10), 835–859.

Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2009). The Relationship Between Trauma, Post-Migration Problems and the Psychological Well-Being of Refugees and Asylum Seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(2), 107–119.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.P., … & Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA, 292(21), 2581–2590.

Drožđek, B., Kamperman, A. M., Tol, W. A., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2013). Is legal status impacting outcomes of group therapy for posttraumatic stress disorder with male asylum seekers and refugees from Iran and Afghanistan? BMC Psychiatry, 13(148).

Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet 2005;365:1309-14.

Gerritsen, A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E., & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*(1), 18–26.

Hallas, P., Hansen, A. R., Stæhr, M. A., Munk-Andersen, E., & Jorgensen, H. L. (2007). Length of stay in asylum centres and mental health in asylum seekers: A retrospective study from Denmark. *BMC Public Health*, *7*, 1–6.

Herlihy, J., Scragg, P., & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories — implications for the assessment of asylum seekers : repeated interviews study, *324*(February), 324–327.

Heeren M., Mueller J., Ehlert U., Schnyder U., Copiery N., & Maier T. (2012). Mental health of asylum seekers: A cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 114

Hollifield, M., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., Toolson, E. C., Woldehaimanot, T., Yamazaki, J., … Soohoo, J. (2013). The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. General Hospital Psychiatry, 35, 202–209. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002

Jakobsen, M., Ashley, M., Demott, M., & Wentzel-larsen, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: a longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, *7*, 1–8.

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., … Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Cmaj Review*, *183*(12), 959–967.

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*(12), 843–851.

Laban C. J., Gernaat H. B., Komproe I. H., & De Jong J. T. (2007). Prevalence and predictors of health service use among Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 837–4.

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Van Der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*(12), 825–832.

Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E., & de Jong, J. T. V. M. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 507–515.

Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, *18*(9), 1–9.

Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Ambler, A., Kelly, M., Diver, A., … Arseneault, L. (2015). Social Isolation and Mental Health at Primary and Secondary School Entry: A Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *54*(3), 225–232.

Mueller, J., Schmidt, M., Staeheli, A., & Maier, T. (2010). Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers, *21*(2), 184–189.

Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E., & Bentley, R. (2017). The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. Preventive Medicine, 105(April), 304–310.

Pevalin, D. J., Taylor, M. P., & Todd, J. (2008). The dynamics of unhealthy housing in the UK: A panel data analysis. Housing Studies, 23(5), 679–695.

Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. JAMA 2005;294:602-12.

Purić, D. & Vukčević Marković, M. (submited). Development and Validation of the Stressful Experiences in Transit Questionnaire (SET-Q) and its Short Form (SET-SF

Raghavan, S., Rasmussen, A., Rosenfeld, B., & Keller, A. S. (2012). Correlates of Symptom Reduction in Treatment-Seeking Survivors of Torture. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.

Richter, K., Peter, L., Lehfald, H., Zaske, H., Barar-Reissinger, S., & Niklewski, G. (2018). Prevalence of psychiatric diagnoses in asylum seekers with follow-up. BMC Psychiatry, 18, 206.

Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. European Journal of Psychotraumatology, 6, 1–10.

Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., … Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: A longitudinal study. American Journal of Disaster Medicine.

Stammel N., Knaevelsrud C., Katrin Schock L. C., Walther S., Wenk-Ansohn M., & Böttche M. (2017). Multidisciplinary treatment for traumatized refugees in a naturalistic setting: Symptom courses and predictors. European Journal of Psychotraumatology, 8(sup2), 1377552

Steel Z, Chey T, Silove D et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. JAMA2009;302:537-49

Steel, Z., Silove, D., Bird, K., & McGorry, P. (1999). Pathways from War Trauma to Posttraumatic Stress Symptoms Among Tamil Asylum Seekers, Refugees, and Immigrants. Journal of Traumatic Stress, 12(3).

Tinghög P., Arwidson C., Sigvardsdotter E., Malm A., & Saboonchi F. (2016). Newly resettled refugees and asylum seekers in Sweden – A study of mental ill health, trauma and living conditions. Huddinge, Sweden: The Swedish Red Cross University College's report series.

Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. BMJ Open, 7(12).

Turner, R., & Brown, R. (2010). Social Support and Mental Health. A Handbook for the Study of Mental Health.

Vos, T., Barber, RM., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., …Murray, CJ.. (2013). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study. The Lancet, 386(9995), 743–800.

Vukčević, M., Momirović, J., & Purić, D. (2014). *Study of The Mental Health of the Asylum Seekers in Serbia*. UNHCR.

Vukčević, M., Momirović, J. & Purić, D. (2016). Refugees in Serbia: on the way to a better life. *Forced Migration Review*, 51, 51-52.

Vukčević, M., Momirović, J., & Purić, D. (2016). Adaptation of Harvard Trauma Questionnaire for working with refugees and asylum seekers in Serbia. *Psihologija*, *49*(3), 277–299. https://doi.org/10.2298/PSI1603277V

Vukčević, M., Momirović, J., & Purić, D. (2016). Construction of instrument assessing traumatic experiences of refugees and asylum seekers in transit. In Lazarević (Ed.), *XXII Scientific conference „Empirical studies in psychology"* (pp. 150-151). Belgrade, Serbia: Laboratory of experimental psychology & Institute of psychology.

Vukčević Marković, M., Gutić, T., Božović, D., & Bjekić, J. (2017). Psychological screening of refugees. *Conference Current trends in psychology,* Faculty of philosophy, Novi Sad.

Vukčević Marković, M., Gašić, J., & Bjekić, J. (2017). *Refugees' Mental Health*. Serbia, Belgrade: Psychosocial Innovation Network.

Vukčević Marković, M., Gašić, J., Ilić, I., & Bjekić, J. (2017). *Challenges and potencials of refugee children.* Data overview. Serbia, Belgrade: Psychosocial Innovation Network.

Vukčević Marković, M., Stanković, I., & Bjekić, J. (2018). *Psychological wellbeing of refugees in Serbia*. Serbia, Belgrade: Psychosocial Innovation Network.

Vukčević Marković, M., Stojadinović, I. & Bjekić, J. (2019). Psychometric properties and factor structure of Refugee Health Screener (RHS-13). In Damnjanović (Ed.), *XXV Scientific conference „Empirical studies in psychology"* (pp. 153). Belgrade, Serbia: Laboratory of experimental psychology & Institute of psychology.

Vukčević Marković M, Bjekić, J. (2019). Methods and ethics in refugee research. In A. Hamburger, C. Hancheva, S. Ozcurumez, C. Scher, B. Stanković, & S. Tutnjević (Eds.), *Forced Migration and Social Trauma*. London and New York: Routledge 2019.

Vukčević Marković, M., Živanović, M., & Bjekić, J. (in press). Post-migration Living Difficulties and Mental Health in Refugees and Asylum Seekers in Serbia. *Politische Psychologie - Journal of Political Psychology*.

United Nations Refugee Agency. Global trends report: world at war. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2016

Ziersch, A., Walsh, M., Due, C., & Duivesteyn, E. (2017). Exploring the relationship between housing and health for refugees and asylum seekers in south Australia: A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 14(9).

.

Autori

Jovana Bjekić je doktor psiholoških nauka i naučni saradnik na Institutu za medicinska istraživanja Univerziteta u Beogradu. Autor je većeg broja istraživanja o mentalnom zdravlju izbeglica u Srbiji i jedan od osnivača udruženja Mreža psihosocijalnih inovacija (PIN).

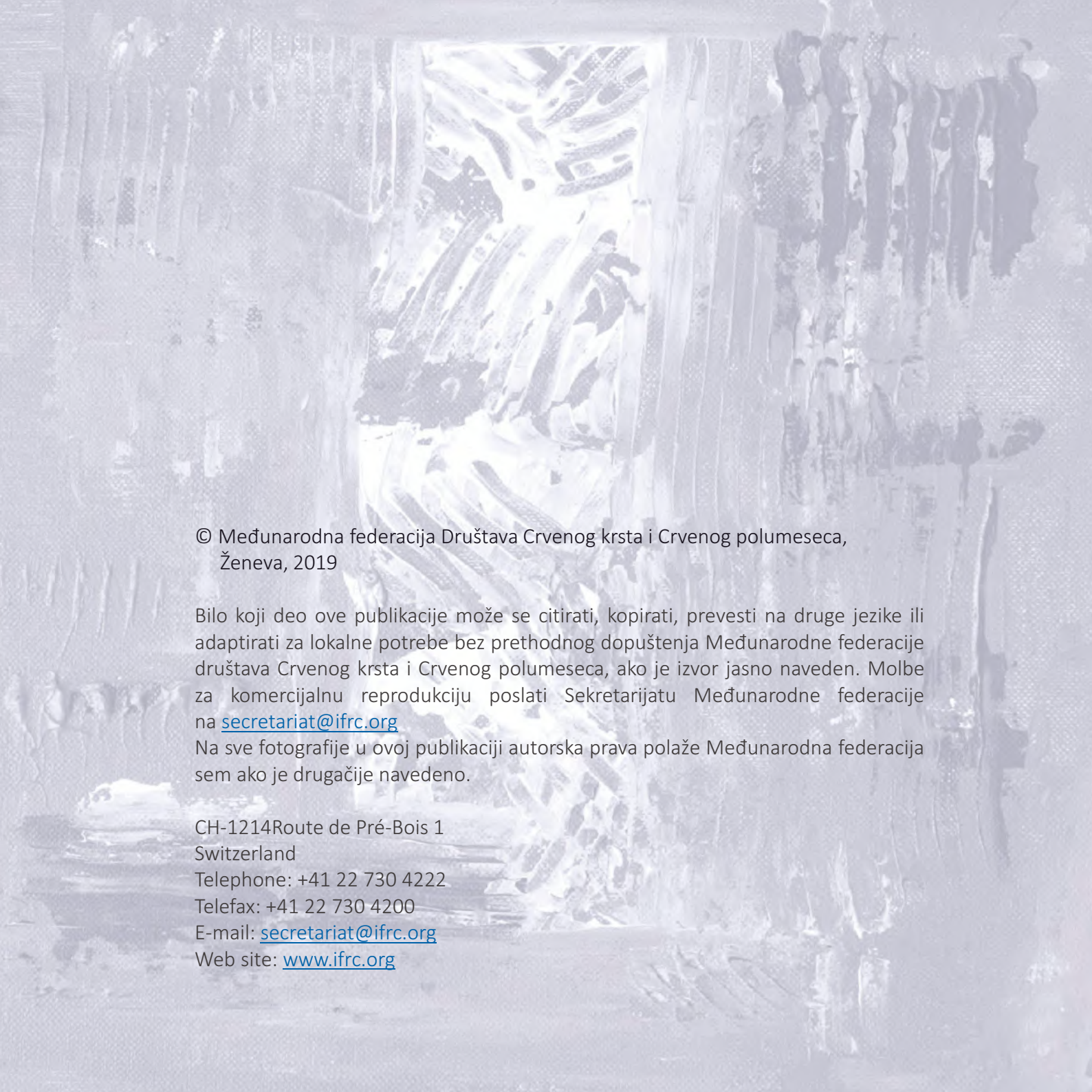
Maša Vukčević Marković je doktor psiholoških nauka, psihoterapeut i naučni saradnik na Odeljenju za psihologiju, Filozofskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu. Rukovodilac je većeg broja projekata usmerenih na pružanje usluga mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške izbeglicama, autor većeg broja istraživanja o mentalnom zdravlju, osnivač i predsednik udruženja Mreža psihosocijalnih inovacija (PIN).

Nataša Todorović je diplomirani psiholog, master iz javnog zdravlja, zaposlena u Crvenom krstu Srbije. Autor je mnogobrojnih istraživanja na temu starenja i starosti i nasilja nad starijima, kao i jedan od urednika publikacije "Psihosocijalna podrška u nesrećama".

Milutin Vračević je doktor medicine, master iz javnog zdravlja, zaposlen u Crvenom krstu Srbije. Autor je mnogobrojnih istraživanja na temu starenja i starosti i nasilja nad starijima, kao i jedan od urednika publikacije "Psihosocijalna podrška u nesrećama".

Zahvalnica

Posebnu zahvalnost dugujemo zaposlenima i volontera Crvenog krsta Pirot, Crvenog krsta Šid, Crvenog krsta Sombor, Crvenog krsta Beograd, Crvenog krsta Kikinda i Crvenog krsta Subotica, koji su učestvovali u prikupljanu podataka, kao i korisnicima usluga psihosocijalne podrške koji su učestvovali u istraživanju.



© Međunarodna federacija Društava Crvenog krsta i Crvenog polumeseca,
Ženeva, 2019

Bilo koji deo ove publikacije može se citirati, kopirati, prevesti na druge jezike ili adaptirati za lokalne potrebe bez prethodnog dopuštenja Međunarodne federacije društava Crvenog krsta i Crvenog polumeseca, ako je izvor jasno naveden. Molbe za komercijalnu reprodukciju poslati Sekretarijatu Međunarodne federacije na secretariat@ifrc.org
Na sve fotografije u ovoj publikaciji autorska prava polaže Međunarodna federacija sem ako je drugačije navedeno.

CH-1214Route de Pré-Bois 1
Switzerland
Telephone: +41 22 730 4222
Telefax: +41 22 730 4200
E-mail: secretariat@ifrc.org
Web site: www.ifrc.org

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

342.726-054.73:613.86(497.11)
341.231.14-054.73:613.86(497.11)

MENTALNO zdravlje izbeglica i migranata / [Autori Jovana Bjekić... [et al.]]. - Beograd : Crveni krst Srbije, 2019 (Beograd : Crveni krst Voždovac). - 61 str. : ilustr. ; 21 x 21 cm

Upitnik na engl. i farsi jeziku. - Tiraž 300. - Autori: str. [62]. - Bibliografija: str. 57-61.

ISBN 978-86-80205-71-7

1. Бјекић, Јована, 1988- [аутор]
а) Мигранти -- Ментално здравље -- Србија б) Избеглице -- Ментално здравље -- Србија

COBISS.SR-ID 275663372
ISBN 978-86-80205-71-7

International Federation
of Red Cross and Red Crescent Societies

Røde Kors

Црвени крст Србије
Red Cross of Serbia
1876

PIN Psychosocial Innovation Network

Knjiga je štampana zahvaljujući finansijskoj podršci Međunarodne federacije Društava Crvenog krsta i Crvenog polumeseca i Norveškog Crvenog krsta.